

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

424

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Joseph LE GRAS

De l'Université de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux

Troubles Psychiques et Forme Mentale

DE LA

Méningite Tuberculeuse

Président : M. BRISSAUD, professeur

Juges { *MM. ROGER, professeur*
RETTERER, agrégé
RICHAUD, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agréés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOÛSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOÛSET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMLIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

220
DUO
11

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

Troubles psychiques et Forme mentale

DE LA

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

La symptomatologie, éminemment capricieuse de la méningite tuberculeuse, permet à cette affection de revêtir un très grand nombre de formes cliniques. Selon la prédominance de tel ou tel symptôme, cette maladie peut prendre en effet, au moins pendant un temps, les apparences les plus diverses. C'est ainsi qu'on a pu décrire chez l'adulte une forme *torpide* (MONNIER), *comateuse* (LANDEL), *épileptique* (LYONNEL-MÉLOIR), *choréiforme* (BRETON), *latente* (VIBERT), à type de *delirium tremens* (SORNAS) ; chez l'enfant, une forme *éclamptique* (ZAPPERT, MARFAN), *hémiplegique* (RILLIET et BARTHEZ), *somnolente* (LESAGE et ABRAMI). Et nous en omettons.

En présence d'une pareille profusion de formes

anormales, il est permis de se demander quelle place il restera pour la forme normale. Il est vrai que M. JACCOUD (1) a pu dire en parlant de cette dernière : « Elle est rare (chez l'adulte), je n'oserai pas affirmer que c'est la plus rare, mais si je m'en rapporte uniquement à mes propres observations, j'incline à le croire. »

Le délire, phénomène de second ordre dans la plupart des cas de méningite, occupe parfois aussi un rang si prédominant dans leur tableau clinique que l'on a pu décrire, à juste titre, une *forme délirante* de la méningite tuberculeuse (CHANTEMESSE, JACCOUD). « Ici c'est un symptôme qui prend tout à coup une importance excessive et domine tous les autres : le délire, que les auteurs classiques se plaisent à considérer comme assez tranquille et sans tendance locomotrice, apparaît semblable à de la manie furieuse. » (2). Cette forme a été récemment étudiée chez l'enfant par M. PÉRIGNAT (3).

Quant aux troubles psychiques divers, s'ils sont assez fréquents pendant la période prodromique de la maladie pour constituer un groupe de symptômes prémonitoires, ils se trouvent, pendant la période

1. JACCOUD. *Cliniques médicales*, 1885, p. 355.

2. CHANTEMESSE. *Etude sur la m. tuberc. de l'adulte ; les formes anormales en particulier*. Thèse de Paris, 1884.

3. PÉRIGNAT. *La forme délirante de la m. tuberc. chez l'enfant*. Thèse de Lyon, 1905.

d'état, tellement effacés par les grands symptômes classiques, qu'ils passent d'ordinaire inaperçus. Cependant, dans certains cas, ces troubles psychiques peuvent non seulement prédominer, mais encore se grouper selon des combinaisons particulières qui rappellent certains syndromes mentaux. BALL (1) avait déjà observé ce fait : « La méningite aiguë peut aussi simuler l'aliénation mentale dans ses formes les plus violentes, et les malades de cette espèce sont souvent dangereux pendant la période active de leur délire. »

Il nous a été donné d'observer deux cas où ces phénomènes psychiques prirent une importance considérable. Dans l'un d'eux (obs. VII) le malade entra à l'hôpital avec tous les symptômes cardinaux d'une méningite tuberculeuse normale ; mais tout à coup, et sans cause apparente, nous le vîmes en proie à des hallucinations auditives et visuelles très intenses ; des interprétations délirantes, un état très avancé de confusion mentale, un délire le plus souvent violent s'accompagnaient d'agitation furieuse. Cet état dura cinq jours et ne cessa que quelques heures avant la mort. Pendant ces cinq jours non seulement les signes somatiques passèrent au second plan de la symptomatologie, mais encore *ils parurent s'amender dans des proportions considérables.*

Le second cas (obs. XXVIII) fut plus curieux encore. Pendant treize jours tout se borna à un état

1. BALL. *Leçons sur les maladies mentales*, p. 417.

de dépression mélancolique accompagné d'un délire hypochondriaque très net. *Il n'existait aucun signe somatique de méningite tuberculeuse.* Le malade ne se plaignait que de quelques légers troubles gastro-intestinaux très vagues et qui d'ailleurs duraient depuis longtemps. Le matin du quatorzième jour on le trouva mort dans son lit, sans qu'on ait constaté la veille au soir aucune aggravation à son état.

Cette méningite tuberculeuse, dont l'autopsie révéla les lésions très caractéristiques, évolua donc à la manière des méningites tuberculeuses latentes et, comme elles, se termina par la mort subite. Seuls quelques symptômes mentaux avaient trahi les altérations méningées (1).

La curiosité éveillée par l'allure anormale de ces deux cas, nous avons recherché dans la littérature médicale d'autres exemples analogues. Nous en avons réuni une trentaine, parfois fort différents les uns des autres, mais dans lesquels la psychosémiologie tint toujours une place capitale.

Nous avons pu ainsi entreprendre ce travail et essayer de montrer que dans la symptomatologie de l'affection qui nous occupe, les phénomènes mentaux doivent être quelquefois considérés comme des manifestations d'une si haute importance, qu'ils peuvent constituer dans certains cas une *forme mentale*

1. Nous avons observé un troisième cas à l'Hôtel-Dieu, au moment où ce travail était terminé et prêt à être mis sous presse (obs. XXXI).

de la méningite tuberculeuse. En un mot nous avons essayé de contribuer, dans des limites bien modestes sans doute, à l'étude des psychopathies organiques dont la conception théorique nous est particulièrement chère.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous les Maîtres qui, à la Faculté de Montpellier d'abord, à celle de Paris ensuite, nous ont enseigné les diverses branches de l'art médical. Que M. le professeur Brissaud reçoive l'expression de notre reconnaissance pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Ce travail comprendra une étude clinique dans laquelle nous essaierons de classer et d'étudier les différents cas que nous avons réunis ; nous y verrons s'il y a lieu de conclure à la réalité d'un syndrome mental caractéristique lié à l'existence des lésions tuberculeuses des méninges, et quels cas doivent être plus particulièrement groupés sous le nom de *forme mentale*. Ensuite, aidé de quelques travaux récents, nous rechercherons les caractères des lésions anatomopathologiques, et nous nous efforcerons de nous rendre compte de l'étiologie et de la pathogénie de ces cas particuliers de méningite tuberculeuse. Après quoi, on examinera comment il est possible à l'investigation clinique et surtout aux moyens de laboratoire de soupçonner et de déceler la méningite sous le masque trompeur qu'elle a emprunté. Le pronostic et le traitement ne pourront malheureu-

sement nous retenir bien longtemps en raison de l'exceptionnelle gravité du premier et de l'impuissance du second.

Enfin, certaines circonstances relevées dans les observations qui vont suivre nous permettront de terminer cette étude par quelques considérations médico-légales.

CHAPITRE I

ÉTUDE CLINIQUE

« Si, au point de vue des symptômes généraux, la méningite tuberculeuse comporte bien des variétés, au point de vue des réactions psychopathiques elle revêt des formes encore plus diverses ; et l'on peut dire en ce sens que chaque malade a une méningite particulière, dont l'expression psychopathique est presque toujours conforme à sa réaction cérébrale individuelle, à sa formule mentale personnelle. » (1). Pour se convaincre de la justesse de ces remarques, il suffit de parcourir les observations rapportées plus loin. Les troubles psychiques y affectent une si grande variété qu'il paraît impossible, au premier abord, d'en faire une étude synthétique.

Tel malade, en effet, se présente dans un état d'agitation furieuse, les yeux hagards, en proie à des hallucinations terrifiantes, et son affection réalise le tableau clinique du *delirium tremens*. Tel autre au

1. DUPRÉ. « Psychopathies organiques », in *Traité de Pathologie mentale* de GILBERT-BALLET, p. 1111.

contraire nous offre cette dépression mentale, cette indifférence, cette incapacité d'entreprendre quoi que ce soit qui appartient aux mélancoliques. Un autre enfin manifeste un délire intense, si peu en rapport avec le délire habituel de la méningite tuberculeuse, que, malgré la coexistence de quelques-uns des symptômes de cette maladie, le diagnostic demeure longtemps hésitant.

C'est que, disons-le dès le début de cette étude, il n'y a pas un syndrome caractéristique lié à l'existence des lésions bacillaires des méninges, et chaque sujet réagit selon un mode particulier.

M. CHANTEMESSE s'est heurté dans sa thèse (1) à une pareille difficulté : « Il serait difficile, écrit-il, de comprendre dans une description générale toutes les variétés de troubles psychiques que peut faire naître la méningite tuberculeuse. Chaque malade est susceptible d'offrir des idées délirantes qui s'éloignent notablement de celles qu'on a coutume d'observer. »

Cependant, dans chacun de ces cas, l'évolution clinique ou, à son défaut, l'autopsie, montrent, en fin de compte qu'il s'agit vraiment de méningites tuberculeuses. Mais là où la céphalalgie, les vomissements, la constipation, les troubles sensitivo-moteurs, tiennent d'habitude la première place, nous rencontrons maintenant les phénomènes mentaux les plus divers, depuis le délire aigu jusqu'à l'état le plus avancé

1. CHANTEMESSE. *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte ; les formes anormales en particulier*. Thèse, Paris, 1884.

d'obtusion intellectuelle. Sans doute, le plus souvent, une investigation clinique approfondie permet de constater la présence de quelques-uns des symptômes cardinaux de la méningite tuberculeuse. Mais presque toujours ces symptômes n'occupent dans le tableau clinique qu'une modeste place, et leur valeur séméiologique en est diminuée d'autant ; d'autres fois ils n'apparaissent que très tardivement, alors que les troubles psychiques sont installés depuis longtemps ; dans quelques cas enfin ils peuvent même manquer complètement.

Signes somatiques vagues, incomplets, tardifs ou absents, troubles mentaux prédominants affectant les allures les plus diverses et les plus imprévues, tel est donc le résumé des observations qui vont suivre.

Il importe cependant d'en faire une classification qui en facilite l'analyse.

En tenant compte du rapport qui existe entre les phénomènes mentaux mentionnés dans ces observations et les signes somatiques classiques de la méningite tuberculeuse, trois grands groupes peuvent être établis :

1° *Observations dans lesquelles les signes somatiques et les phénomènes mentaux ont coexisté, mais dans lesquelles ceux-ci ont pris une valeur prépondérante ou une allure insolite ;*

2° *Observations dans lesquelles la méningite tuberculeuse ne s'est d'abord manifestée que par des trou-*

bles psychiques et s'est terminée rapidement dès l'apparition des signes somatiques ;

3° Observations dans lesquelles les troubles mentaux ont constitué à eux seuls toute la symptomatologie de la méningite tuberculeuse.

Dans chacun de ces groupes on a rapproché les unes des autres les observations qui ont des caractères communs, de façon à former des groupements secondaires.

I

Premier groupe. — Observations dans lesquelles les signes somatiques et les phénomènes mentaux ont coexisté, mais dans lesquelles ceux-ci ont pris une valeur prépondérante ou une allure insolite.

OBSERVATION I

(Weill et Pehu. — *In Lyon Médical*, novembre 1905.)

Hallucinations visuelles terrifiantes. — Délire violent.

Marie P..., huit ans et demi, entrée le 23 mai 1904, salle Saint-Ferdinand, décédée le 26 mai.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a six ans, à l'âge de trente-trois ans ; est resté malade six mois (affection pulmonaire ayant débuté par une laryngite). La mère se porte bien, n'a pas eu de fausses couches ni d'enfant mort-né ; nerveuse. Deux autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme ; a été nourrie au sein par la mère pendant quatorze mois. A marché à dix mois. Coqueluche à deux ans. Rougeole à sept ans.

Depuis un mois, se plaindrait de la tête, surtout de la nuque. Pas de grands changements dans le caractère. Mais l'enfant était déjà un peu nerveuse et on avait remarqué que, depuis un an, elle avait des mouvements de la face, qu'elle pleurait facilement et souvent sans raison.

12 mai. — Elle eut des mouvements choréïques dans les mains et des vomissements qui ont persisté pendant trois jours. La température était de 39 degrés et il y avait de la constipation. Le quatrième jour après le début de ces symptômes, sur l'avis du médecin, on la fit lever. Les vomissements cessèrent. Elle joua même un peu.

22 mai. — Elle venait de dîner, était levée, quand elle eut brusquement une crise qui dura de 1 heure à 5 heures du soir. Grimaces. Mouvements des membres. Secousses plus violentes des bras : pouce fléchi dans la main. Morsure de la langue. Pas d'émission involontaire d'urines ; pas de coma consécutif.

23 mai. — Entrée à l'hôpital. A l'examen : malade très pâle, s'agite dès qu'on l'approche. Il ne paraît pas exister de la raideur de la nuque. Pas d'inégalité pupillaire ; pas de paralysie. Absence des signes de Kernig et de Babinski. Réflexes rotuliens un peu vifs. Aux poumons, aucun signe de lésion. L'examen des organes est négatif.

Les urines contiennent de l'albumine en quantité assez notable.

Après centrifugation, on ne trouve au microscope qu'un culot peu abondant ne renfermant pas de cylindres, même hyalins.

25 mai. — Agitation très marquée. La malade brise avec ses dents une boîte en bois. Elle avale sans dou-

leur. Elle a toujours des *hallucinations de caractère généralement effrayant*. Son attention est tout à coup attirée sur un objet, et elle le regarde avec une expression d'inquiétude (elle voit sur ses draps une tache de sang et s'efforce de la faire disparaître). Elle cherche parfois à sortir de son lit pour prendre quelque chose. Elle présente de la difficulté de la parole, surtout au moment des crises d'agitation. Hier, elle ne répondait aux questions que par cris inarticulés.

26 mai. — Encore *crises d'agitations et de terreurs*, entrecoupées par des phases de coma ou de somnolence. Le pouls est à 74. Raideur de la nuque.

Meurt dans la soirée avec 42 degrés de fièvre.

Autopsie le 28 mai 1904. — Les viscères abdominaux et thoraciques (le cœur et l'intestin exceptés) offrent les lésions macroscopiques de la grande granulie, avec semis extrêmement abondants de granulations grises. Pas de ganglions trachéo-bronchiques caséux.

Altérations classiques de la méningite tuberculeuse du cerveau : on trouve *une abondance particulière de granulations sur la scissure calcarine et d'une façon générale sur tout le lobe visuel*.

Résumé

Cette enfant de huit ans et demi, qui présentait depuis quelque temps des troubles choréiformes et épileptiformes, avec quelques légers changements de caractère, de la céphalalgie et des vomissements, entre à l'hôpital dans un état d'agitation assez marquée. Elle ne tarde pas à être en proie à un délire violent accompagné d'hallucinations visuelles terribles pendant deux jours consécutifs. La mort sur-

vint ensuite, après quelques heures de subcoma.

La localisation prépondérante des granulations sur le lobe visuel pourrait sans doute expliquer le caractère de ces hallucinations ; cependant nous ne retrouverons pas une localisation aussi nette dans des cas analogues. Quoi qu'il en soit, il est exceptionnel de rencontrer chez des enfants une réaction si intense des éléments psychiques. Aussi, malgré quelques signes bien nets de méningite, le diagnostic restait-il en suspens presque jusqu'à la fin, précisément à cause de la violence du délire.

OBSERVATION II

(Dr GIGNIER, de Saint-Donat. — *In Bul. de la Soc. médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*, novembre 1905.)

Hallucinations visuelles terrifiantes. — Interprétations délirantes.

R. A..., trois ans et demi, à Saint-Donat.

Antécédents familiaux. — Père mort il y a deux ans de tuberculose pulmonaire. Mère d'un aspect de santé excellente, mais, après auscultation, je lui avais refusé, il y a un an, un certificat de nourrice.

Une sœur morte à quelques mois d'érysipèle de la face.

Antécédents personnels. — A eu la coqueluche l'hiver dernier. A ce propos j'avais remarqué que c'était un enfant d'intelligence très faible, très bruyant et poussant souvent, sans cause, des cris perçants.

Au printemps, abcès froid sous l'œil droit, qui s'est ouvert spontanément, a suppuré longtemps et a laissé une cicatrice adhérente à l'os malaire.

Affection actuelle. — Toux extrêmement légère et peu fréquente depuis le 5 ou le 6 octobre, soit une dizaine de jours avant début net.

13 octobre. — L'enfant, qu'on a mené à la promenade, mi-partie à pied, mi-partie en voiture, a eu un peu froid, s'est un peu fatigué.

Le soir, se plaint d'une douleur dans le genou droit et dans la hanche droite ; il se plaint à plusieurs reprises, mais sans crier.

Va ensuite à l'école enfantine pendant deux jours. Est ramené chez sa mère une après-midi à la suite d'une défaillance.

Le même soir, 16 octobre. — Vomissements se répétant trois à quatre fois. Il se plaint toujours et plus vivement du genou et de la hanche droits.

A de la fièvre (peau brûlante).

17 octobre. — Je vois l'enfant ; il se plaint toujours des mêmes douleurs que précédemment ; position en équerre de la cuisse droite (flexion, abduction, rotation externe) ; cris quand on veut la redresser. Céphalée violente. Toux très légère, rare. Pas de symptômes nets à l'auscultation. Vingt-huit à trente respirations à la minute.

Etat saburral de la langue.

Albuminurie légère.

Température 39°3.

19 octobre. — La nuit a été agitée. Mêmes symptômes que l'avant-veille et la veille ; et en plus, un vomissement le matin, hyperesthésie généralisée, raie méningitique, Kernig recherché à gauche, positif, quoique faible ; agitation, gémissements et *délire hallucinatoire* ; l'enfant a des visions d'animaux absolument constantes depuis son réveil à sept heures du matin ; il voit surtout des mouches en grande quantité, alors qu'il est

dans une pièce obscure où aucun des assistants n'en distingue : ce sont, dit-il, de grosses mouches qu'il voit voler, qui couvrent son lit, qui le piquent, qui lui mangent la langue, les yeux ; il appelle sa mère et sans crier, mais d'une voix impérative, lui demande de chasser les mouches, de les tuer. Il n'a presque pas de repos dans cette vision. Par moments, il ne parle plus de mouches, mais il voit des chats le long de tous les murs, ou encore de « grosses bêtes », pousse des cris de terreur, se cache la face sous ses bras, nous interpelle les uns après les autres pour nous montrer du doigt, en des points précis, ces animaux, et pour nous demander de nous en aller et de l'emmener avec nous.

20 octobre. — Grande agitation. *Toujours visions d'animaux*, avec effroi plus prononcé.

Mêmes symptômes que la veille, avec constipation, raideur de la nuque.

Le soir, il a une crise convulsive avec yeux réversés, en orthotonos.

22 octobre. — Même état. Plus de crise, celle de l'avant-veille a été isolée. Poussée d'urticaire généralisée, donnant de l'œdème au niveau des paupières et des lèvres.

Mauvais état du cœur. Pouls petit, 160. Température 40°4.

Toujours visions d'animaux.

23 octobre. — *Toujours délire*. Mais agitation moindre. Disparition de l'urticaire, température moins élevée.

25 octobre. — *Plus que quelques visions de mouches*. Décubitus dorsal immuable. Cris violents quand on l'assied. Raideur de la nuque, de la colonne.

Parésie des membres droits (ne peut lui-même les sortir de sous les draps, demande qu'on les lui remue, réflexes tendineux diminués).

28 octobre. — Calme. Abattement. Plus de délire.

Décubitus dorsal habituel, mais raideurs moins marquées.

Persistance des phénomènes parétiques à droite.

Apparition de signes oculaires. Pupille droite beaucoup plus dilatée que la gauche, occlusion moins complète des paupières à droite, légère exophthalmie droite.

Le ventre, jusqu'alors un peu dur et aplati, se ballonne.

Incontinence des matières.

Jours suivants. — Même état.

Augmentation de la toux et de la dyspnée. A droite, presque sur toute la hauteur, submatité, retentissement de la toux et de la voix, souffle bronchique.

5 novembre. — Le tableau méningitique semble s'effacer un peu ; persistance seule des signes oculaires, de la raideur de la nuque et d'un Kernig faible.

Disparition des douleurs articulaires.

Apparition de sueurs abondantes.

Augmentation de la dyspnée : 40.

Température type inverse.

Les signes pulmonaires ont évolué rapidement : nombreux râles humides.

11 novembre. — Extension des lésions pulmonaires à gauche. Dyspnée intense. Pouls très rapide, irrégulier. Température toujours à type inverse depuis une semaine ; environ 39°5 le matin, 38°3 le soir. *Réapparition du délire*, sous une autre variété du même type qu'au début ; enfants qui entourent son lit, et qui le frappent ou le volent, et qu'il faudra battre.

Dépression alternant avec agitation, mais de plus en plus prédominante et profonde.

Facies cireux.

Pour la première fois depuis la maladie, ne reconnaît pas, par instants, les personnes qui lui donnent des soins.

12 novembre. — Après avoir présenté toute la nuit un délire doux (visions d'enfants ou de grandes personnes,

mais qu'il ne craint plus cette fois, et qu'il appelle à lui, dont il demande la main), le petit malade est tombé, au jour, dans une somnolence profonde, et il est mort le matin à 10 h. 1/2.

Résumé

Bien que cette observation, tirée de la clientèle privée, soit dépourvue d'autopsie, nous n'hésitons pas à la reproduire ici : la netteté des symptômes, l'évolution de la maladie, les antécédents héréditaires et personnels du petit malade, les signes pulmonaires coexistants, tout plaide en faveur d'une méningite tuberculeuse. La forme du délire est analogue à celle de l'observation précédente : les hallucinations visuelles sont de même ordre, mais d'une durée beaucoup plus longue encore. En outre, elles sont parfois en rapport avec des troubles de la sensibilité cutanée, et donnent lieu à des interprétations délirantes. Continuelles une première fois pendant huit jours, elles s'accompagnent d'agitation et de terreurs ; puis elles disparaissent quelque temps pour réapparaître avec les mêmes caractères mais avec une allure plus calme, dans les deux jours qui précèdent la mort.

Cette observation est d'un grand intérêt à cause du jeune âge du sujet. MM. WEILL et PÉHU, en rapportant trois cas de méningite tuberculeuse de l'enfant à forme délirante, qu'ils considèrent à juste titre comme rarissimes, ne pensent pas que l'on

puisse rencontrer de pareilles manifestations psychiques dans le tout jeune âge : « L'âge de l'enfant paraît avoir une certaine importance : nos cas se rapportaient à de petits malades de huit ans et demi, dix ans et neuf ans ; il est douteux que plus précocement on puisse observer des cas de délire franchement systématisé. » (1). C'est que, pour des causes que nous étudierons plus loin, un délire bien marqué, et surtout constamment semblable à lui-même, constitue, chez l'enfant, une extrême rareté.

OBSERVATION III

(MM. WEILL et PÉHU. — *Lyon médical*, novembre 1905.)

Délire à type religieux et hallucinatoire

G... F..., entrée le 21 novembre 1904, décédée le 28 novembre, neuf ans.

Père mort il y a deux ans et demi, phthisique, n'aurait été malade qu'un mois. Pas de bacillaires dans la famille. Mère bien portante. Pas de fausses couches. Trois enfants dont la malade est la cadette. Les deux autres sont bien portants.

Variole à trois ans, rougeole à quatre ans.

Depuis le commencement de septembre, l'enfant était dans un orphelinat à Sainte-Foy. Vers le 15 octobre, elle eut un furoncle au bras, et, de suite après, devint triste et se mit à dormir plus que d'habitude. Elle man-

1. WEILL et PÉHU. « De la méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant. » *Lyon médical*, novembre 1905.

geait très peu, maigrissait, pâlisait, mais ne toussait pas. Le 1^{er} novembre, la mère reconnut qu'elle avait de la fièvre : 38 degrés. Depuis le 17, céphalée vive, vomissements et constipation.

A l'entrée, aspect caractéristique de méningite. Très irritable, se laisse mal examiner.

Puis il se produit une rémission de quelques jours ; mais le 26, la température remonte et l'enfant se met à délirer.

Voici ce que dans l'observation on a noté avec détails :

Elle a présenté plus de délire qu'on a l'habitude d'en observer d'ordinaire dans la méningite tuberculeuse. Ce délire est apparu dans la nuit qui a suivi la ponction lombaire ; celle-ci a été faite à 5 heures du soir, et a permis de retirer 12 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien où prédominaient les lymphocytes.

Vers 9 heures du soir, la petite malade a été prise de délire avec loquacité. Elle a beaucoup crié, mais sur tout elle avait *des hallucinations visuelles*, croyait apercevoir un dessin qu'elle caractérisait très mal et qu'elle lisait sur un tableau noir, se plaignant de le distinguer incomplètement parce que, disait-elle, l'éclairage était insuffisant. Elle répétait souvent des mots sans signification aucune, tous terminés par la même syllabe ; ou bien elle se disait effrayée par la présence d'un chat ; ou bien encore elle paraissait jouer avec ses petites compagnes. Plusieurs fois de suite elle a récité des prières qu'elle disait très vite en répétant un grand nombre de fois les premières phrases, sans arriver jamais jusqu'à la fin de ces prières. Elle se confessait également, s'accusant de multiples péchés. Ce *délire religieux* a duré sans interruption pendant une demi-heure environ ; puis il a fait place aux hallucinations un peu terrifiantes, puis il a reparu, et ainsi de suite. L'agitation a duré dans la nuit du 25 au 26 novembre, de 9 heures à 11 heures et demie du soir. On lui a fait alors une injection de

morphine (1 centigr.) et, peu après, elle s'est endormie d'un sommeil calme. Les jours suivants, le délire a reparu, avec la même apparence mais beaucoup plus court.

Dans la nuit qui a précédé la mort, de 7 heures à 9 heures du soir, elle présente une crise convulsive, prolongée, généralisée aux quatre membres avec plâtonnement des yeux et écume blanche à la bouche. Puis elle a eu du stertor et le coma a commencé jusqu'à la terminaison.

29 novembre. — *Autopsie.* — Lésions ordinaires de la méningite tuberculeuse au niveau de la base; exsudats fibrino-purulents de la scissure sylvienne. Granulations plutôt rares à la corticalité; les circonvolutions de la face externe ne présentent aucune lésion digne d'être relevée.

Granulie généralisée sauf à l'estomac et à l'intestin.

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux.

Résumé

Ce cas ressemble beaucoup aux deux précédents; cependant le délire fut plus polymorphe et les hallucinations visuelles revêtirent un caractère moins terrifiant. Mais nous rencontrons ici un élément nouveau: le délire à type religieux, accompagné d'écholalie et alternant avec les hallucinations. Cet état psychique et l'agitation qui l'accompagnait cédèrent à une injection de morphine, mais reparurent les jours suivants avec les mêmes caractères. Notons que dans cette observation comme dans la suivante les phénomènes délirants se montrèrent à la suite d'une ponction lombaire.

OBSERVATION IV (I)

(MM. Weill et Péhu. — *Lyon médical*, novembre 1905.)

Délire religieux.

Marie G..., dix ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère ordinairement bien portante, très nerveuse. Ne prend pas de crises. A été soignée pendant six mois pour une laryngite de nature inconnue.

Personnellement l'enfant a eu la coqueluche à quatre ans, la rougeole à cinq.

Il y a quinze jours, le 4 avril, l'enfant, habituellement gaie, devint triste ; puis survint une diminution notable de l'appétit et de la céphalée qui, d'abord inconstante, s'est établie à l'état constant vers le 10 avril.

15 avril. — Vomissement, puis céphalée plus violente, constipation et hyperesthésie.

A l'entrée, signes évidents de méningite sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister.

L'état psychique de l'enfant fut tout d'abord variable. Tantôt elle répondait correctement aux questions qui lui étaient faites, tantôt au contraire elle ne disait rien quand on lui parlait. Mais il n'y eut jamais de délire.

25 avril. — On lui fait une ponction de Quincke qui retira environ 9 grammes de liquide céphalo-rachidien. Puis on injecte 40 centimètres cubes d'air (2). Aussitôt

1. Cette observation ainsi que l'observation I sont rapportées dans la thèse de M. PÉRIGNAT, *loc. cit.*

2. Plusieurs injections d'air avaient été faites précédemment à des sujets atteints de méningite tuberculeuse sans provoquer de convulsions (Voir à ce sujet la thèse de Bails, Lyon, 1896). (*Note des auteurs de l'observation*).

l'enfant prend des convulsions, se met en opisthotonos ; les yeux se convulsent sous les paupières ; raideur générale de tout le corps. Au début de l'injection, l'enfant a manifesté des signes de douleur à la tête, par ses cris et par ses gestes. Une demi-seringue de Dieulafoy est injectée. Les convulsions cessent au bout d'une à deux minutes ; l'enfant retombe dans le calme et se plaint d'une grande fatigue.

On injecte à nouveau 20 centimètres cubes d'air ; deuxième crise convulsive qui, cette fois, laisse l'enfant dans un état comateux. Elle ne réagit plus au pincement, ne répond à aucune question. Elle est totalement sans connaissance.

Le 24 avril, elle délire une partie de la nuit et toute la matinée. En ce moment *elle parle d'une façon incohérente*, appelle sa mère, parle de personnes qui l'ont mise « hors la loi ». Elle a par moment du *délire religieux*. *Le délire est absolument continu*.

Le soir de ce même jour le délire est très intense.

Il dure pendant cinq jours, plus ou moins intense, interrompu par des périodes de calme.

Mort le 4 mai après une phase comateuse qui commença à s'installer le 2 mai.

Autopsie. — Lésions typiques de méningite tuberculeuse dans le cerveau. Pas de prédominance des granulations à la corticalité ou au niveau de tel ou tel lobe. Rentrée d'air dans les ventricules latéraux provenant de l'injection d'air.

Pas de granulie dans les viscères thoraciques ou abdominaux.

Ganglions trachéo-bronchiques caséux.

Résumé

Cette malade de dix ans et demi avait montré durant quelques jours de légers changements de

caractère et de la dépression intellectuelle. A la suite d'une ponction lombaire et de deux injections d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens, elle est prise d'un délire où les idées religieuses sont prédominantes.

Cet état dure cinq jours, offrant une intensité variable selon les moments et entrecoupé vers la fin de périodes comateuses de plus en plus graves. Il est regrettable que nous ne possédions pas de détails plus circonstanciés sur l'allure de ce délire. Mais ici, comme dans l'observation qui précède et dans celle qui suit, l'âge des malades nous paraît être bien en rapport avec l'existence d'une pareille manifestation psychique. Un fond d'idées religieuses est en effet commun à cet âge, et il n'est pas rare de voir des petites filles issues de souche nerveuse, présenter alors un état maladif d'exaltation religieuse parfois soigneusement entretenu par des prédications et des catéchisations imprudentes ou maladroitement. On ne saurait s'étonner que le délire méningitique ait pris ici ces caractères.

OBSERVATION V

(M. GOMBAULT, *in* thèse de CHANTEMESSE. Paris, 1884).

Confusion mentale. — Délire religieux.

La nommée Q... A..., âgée de quatorze ans, entrée le 23 octobre 1873 à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le

service de M. BARTHEZ. Le père serait mort aliéné. La mère est bien portante.

Cette malade était traitée en chirurgie depuis le 23 septembre pour un abcès par congestion. Pendant toute la durée de ce séjour il ne s'était montré aucun trouble du côté du système nerveux. On croit de plus savoir que jamais elle n'avait eu d'attaques soit comateuses, soit convulsives. Depuis quelques jours elle se montrait un peu exaltée, disait voir double, lorsque, dans la nuit du 22 au 23 octobre, vers 2 heures du matin, on la vit tout d'un coup s'asseoir sur son lit en proférant des paroles incohérentes, puis s'affaïsser brusquement et tomber dans le coma. L'interne de garde la trouva bientôt après dans l'état suivant : perte de connaissance absolue, stertor, écume à la bouche. Résolution complète de tout le côté gauche du corps, paralysie faciale évidente du même côté, rotation de la tête et des yeux vers le côté droit. La malade fait des mouvements automatiques : elle promène sa main droite sur sa figure. L'œil gauche est grand ouvert, tandis que la paupière supérieure droite est abaissée. Les pupilles sont largement dilatées, non contractiles, égales.

Le lendemain matin la malade avait recouvré la connaissance, mais elle était hébétée et délirait. L'hémiplégie à gauche persistait sans aucune contracture. Le côté gauche de la poitrine seul était rempli de gros râles bruyants.

Dans la matinée on la fit passer en médecine. La sœur, qui la vit seule en ce moment, constata un gargouillement trachéal intense, comparable à celui de l'agonie ; elle fit alors cracher la malade dans un mouchoir, et dit lui avoir vu rendre une certaine quantité de pus.

Le soir, il n'existe aucune trace de coma, mais la malade est hébétée, répond mal aux questions, paraît n'avoir aucune notion de ce qui s'est passé. Paralysie flasque à peu près absolue du côté gauche du corps ;

les traits du visage sont fortement tirés à droite. Il n'y a pas de paralysie de l'orbiculaire de la paupière gauche. Il n'y a plus de traces de la déviation conjuguée. La sensibilité à la température, au contact, à la douleur est notablement amoindrie dans le membre supérieur gauche. Le thermomètre, appliqué sous l'aisselle, ne donne qu'un résultat incertain en raison de l'indocilité de la malade, mais il est évident que la température de la peau ne s'élève guère au-dessus de la normale.

24 octobre. — La malade est sensiblement dans le même état. Toutefois le mouvement revient un peu dans les membres paralysés.

25 octobre. — La paralysie a notablement diminué. La malade peut lever le bras et aller chercher avec la main les objets qu'on lui désigne, mais elle est maladroit dans ses mouvements et ne peut serrer avec énergie. La paralysie faciale est au contraire demeurée stationnaire. La malade est beaucoup moins hébétée ; elle se souvient avoir été dans une autre salle. Rien aux poumons ni au cœur.

26 octobre. — La paralysie diminue de plus en plus dans le côté gauche. Les muscles faciaux de ce côté commencent à se contracter quand, par exemple, on fait rire la malade.

27 octobre. — La paralysie continue à diminuer. La luvette est fortement déviée à droite ; cependant le voile du palais paraît symétrique et les piliers se contractent très bien sous l'influence d'une excitation. La parole est nette ; la langue est peut-être un peu déviée, sa pointe entraînée vers la droite.

28 octobre. — La malade a été agitée toute la nuit : elle a cherché à se lever ; c'est à peine si elle a dormi quelque temps vers le matin. A la visite on la trouve avec la peau chaude, le regard égaré, répondant mal aux questions. Pendant toute la journée elle a été agitée.

Soir. — Elle est assise sur son lit la figure animée,

proférant incessamment et le plus souvent à voix basse des paroles sans suite. Lorsqu'on lui demande pourquoi elle cause ainsi, elle répond qu'elle dit des prières ; sa voix est brève, saccadée. Il y a un mot sans signification qu'elle répète sans cesse, ou tout entier, ou la dernière syllabe seulement. Les mains sont en mouvement continu ; tantôt elle les frotte l'une contre l'autre, tantôt elle déplace les objets qui sont sur son lit. Elle peut se tenir debout puisqu'elle a cherché à se lever cette nuit. La main gauche serre avec une certaine énergie. L'hémiplégie faciale elle-même a beaucoup diminué. Cependant la malade avale de travers ; les boissons déterminent la toux ; celle-ci a le timbre spécial des paralysies du larynx consécutives à la diphtérie ; il semble que l'effort nécessaire à la toux ne se produise plus. La parole elle-même est entrecoupée par de fréquentes inspirations, comme si l'effort qu'elle nécessite ne pouvait être soutenu longtemps ; elle est en même temps légèrement pâteuse. De temps en temps la malade pousse un cri. Si on lui en demande la raison elle répond qu'elle ressent une douleur à l'estomac. Lorsqu'on lui présente un objet et qu'on lui dit de le nommer, elle éprouve une peine infinie à trouver son nom, et le plus souvent aboutit à prononcer le nom qu'elle répète toujours. Par moments elle dit qu'elle est folle. Elle se plaint d'avoir de la diplopie dont elle a du reste conscience.

Température axillaire 38°5. La malade ne fait jamais sous elle.

29 octobre. — La malade n'a pas cherché à se lever cette nuit. Langue chargée, lèvres sèches. Le pouls est à 132 avec quelques intermittences. Elle est plus calme qu'hier, un peu somnolente ; la peau est chaude et sèche ; elle répond mieux aux questions. Respiration très accélérée.

Température A. 37°5. Les yeux sont excavés, le visage cyanosé ainsi que les extrémités. Abattement

profond. De temps à autre, toux grasse ayant les mêmes caractères qu'hier. De temps en temps, elle pousse un cri plaintif et répond qu'elle a mal à l'estomac. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations. Rien au cœur. La respiration paraît assez pure, au sommet droit légèrement soufflante.

Soir. — Température axillaire 38°4. R. 44. Pouls petit, incomptable.

Même état que ce matin sous le rapport mental ; peut-être un peu plus de somnolence. La face est couverte d'une sueur froide ; les lèvres sont violettes ainsi que les extrémités. La respiration est non seulement accélérée, mais bruyante et inégale ; à une série de respirations fortes succède une série de respirations faibles.

30 octobre. — Teint plombé ; face extrêmement pâle, couverte de sueur, froide au toucher, yeux excavés, lèvres bleuâtres ainsi que les extrémités supérieures. Pas de troubles oculaires. De temps à autre gargouillement trachéal (comme hier du reste mais plus fréquent) suivi d'une toux pénible à timbre spécial indiquant le manque d'occlusion, ou l'occlusion très incomplète de la glotte.

Respiration très accélérée. Le délire persiste ; mais la voix est basse, éteinte. Somnolence.

Soir. — Pouls 120. R. 60. Refroidissement des extrémités. La malade pousse toujours des plaintes de temps en temps et semble éprouver des douleurs aiguës vers le tiers inférieur du sternum.

31 octobre. — Même état cyanique. Moins de délire. L'hémiplégie a presque complètement disparu. La malade a uriné sous elle.

Soir. — Somnolence ; mouvements automatiques et paroles incohérentes de temps à autre. Teinte asphyxique des plus prononcées. Râle trachéal. La malade grince des dents.

Température axillaire 40 degrés. R. 48. Pouls incomptable.

Mort à 9 h. 1/2 du soir.

N. B. — Pendant tout son séjour dans la salle Sainte-Mathilde la malade n'a eu ni diarrhée, ni vomissements, a été plus constipée, n'a laissé aller sous elle que le dernier jour.

Autopsie 2 novembre. — Poumon : Pas de granulations tuberculeuses. Broncho-pneumonie assez étendue de l'un et l'autre poumon. Inflammation aiguë des ganglions bronchiques.

Au cou, foyer caséux en rapport avec la colonne vertébrale. L'apophyse épineuse de la première dorsale est altérée. Les corps vertébraux des premières dorsales le sont aussi. A ce niveau, dure-mère épaissie sur sa face externe. Moelle saine.

Cerveau : Toute la région de l'hexagone est occupée par un exsudat verdâtre, très dense, englobant les vaisseaux et les nerfs. Au niveau de l'espace interpedonculaire, il s'enfonce profondément entre les pédoncules. En arrière il se prolonge sur la protubérance où il a au moins 2 centimètres d'épaisseur, et aplatit l'artère basilaire dans laquelle on trouve un petit caillot cruorique. Puis il s'étend, en diminuant d'épaisseur, sur la région supérieure du bulbe (faces antérieure et latérales). Tous les nerfs pris dans l'exsudat ont une coloration rosée manifeste. Tout le reste de la pie mère est très vascularisé, en rapport avec un exsudat plus ou moins abondant suivant les régions, épais surtout à la partie antérieure de la face supérieure du cervelet.

Dans les scissures de Sylvius, le long des bulbes olfactifs, de nombreuses granulations, généralement très petites, se trouvent disposées le long des vaisseaux de la membrane. Les ventricules ne sont pas distendus par la sérosité. Des coupes frontales successives du cerveau n'y montrent absolument qu'un peu de sablé de la substance blanche, une coloration un peu rosée de la grise, mais nulle part de diminution de consistance, soit diffuse,

soit en foyer. Il en est de même de la protubérance du bulbe et du cervelet.

Les autres organes sont sains.

Résumé

Au cours d'un mal de Pott, la méningite tuberculeuse débute par une attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie. Pendant cinq jours l'enfant reste plongée dans un état d'hébétude et de confusion mentale. A cet état succède tout à coup une agitation assez vive et un délire avec prédominance d'idées religieuses. Les jours suivants l'agitation cesse, mais le délire persiste, entrecoupé de périodes de somnolence et d'abattement. Il ne semble pas exister d'hallucinations. On n'observa presque aucun des signes somatiques de la méningite tuberculeuse. Notons quelques troubles du langage qui tantôt semblaient tenir de l'écholalie (1), comme dans l'observation III, et tantôt de l'aphasie.

Ces cinq observations de méningite tuberculeuse à évolution spéciale chez des enfants dont l'âge varie de trois ans et demi à quatorze ans, se ressemblent par bien des points. Dans tous les cas nous rencontrons des tares héréditaires bien nettes : tuberculose, névropathie, et même aliénation mentale ; — les antécédents personnels sont relativement chargés pour des mala-

1. PERRET. « Echolalie dans la mén. tub. », *Lyon médical*, 1891.

des d'un âge aussi peu avancé ; — les troubles mentaux ont évolué selon un mode presque invariable : excitation parfois très intense, plus ou moins durable, finalement entrecoupée de périodes de torpeur de plus en plus longues à mesure qu'elles se rapprochaient du coma terminal ; — une température élevée était la règle ; — enfin dans toutes les observations coexistaient des troubles souvent très profonds de la motilité (crises épileptiformes, apoplectiformes, choréiformes).

OBSERVATION VI

(MM. P. CLAISSE et ABRAMI. — Soc. méd. des hôp.,
18 mai 1905.)

*Délire à forme persécutoire. — Impulsions violentes.
Guérison.*

M..., 30 ans, corroyeur. Entre à la Pitié, salle Monneret, n° 22, le 11 mars 1905.

Son père et sa mère sont encore vivants, de santé parfaite. Un frère est mort à trente-quatre ans de méningite, à la suite de brûlures étendues de la face (?)

Le malade, robuste, est très bien constitué, n'a jamais fait de maladie. En particulier pas de syphilis ; pas d'alcoolisme ; aucun symptôme de tuberculose dans ses antécédents. Il n'a jamais eu de manifestation nerveuse d'aucune sorte ; il est de caractère calme et d'humeur tranquille.

Enfin, marié depuis six ans à une femme bien portante, il a eu d'elle deux enfants vigoureux, le dernier est âgé de huit mois.

Vers les premiers jours du mois de mars, sans autre cause apparente que le surmenage physique, M... se sent affaibli et perd peu à peu ses forces; le moindre effort le fatigue; son appétit diminue, sa mémoire s'altère; il souffre de la tête, dans les régions frontale et temporale (céphalée peu intense, mais continue); il dort mal, enfin il se réveille la nuit mouillé de sueurs.

Cet état va s'accroissant pendant une dizaine de jours, durant lesquels M... n'abandonne cependant pas son travail; puis la fatigue et le malaise s'aggravent, un amaigrissement notable étant survenu, cet homme s'alite.

Un médecin appelé diagnostique la grippe; deux jours après, le malade est admis à l'hôpital.

11 mars. — Le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose; il se plaint de la tête, et surtout d'une grande lassitude.

Température 38 degrés. La langue est saburrale, mais humide.

Tous les appareils semblent absolument normaux, en particulier les poumons et le système nerveux.

Les réactions pupillaires sont normales.

Rien dans les urines.

On réserve le diagnostic.

Traitement: régime lacté; pyramidon 50 centigrammes.

12 mars. — Le malade a passé une nuit tranquille et se sent moins fatigué. Température 37 degrés.

Le soir à la contre-visite température 37°4. M... demande à manger.

13 mars. — Après une nuit tranquille, le malade se met tout à coup à *délirer* pendant la visite; il est très agité; le regard brillant, il s'indigne et proteste contre les « mutilations faites à son cadavre pendant la nuit », et demande à quitter immédiatement le service.

Lorsqu'on l'interroge avec insistance sur les troubles qu'il éprouve, il recouvre momentanément sa lucidité :

il se plaint alors d'une céphalalgie frontale assez intense et de douleurs sourdes dans la nuque.

En l'examinant, on ne trouve que deux symptômes :

1^o La rétraction de l'abdomen très marquée, avec sensibilité à la palpation ;

2^o Des troubles pupillaires : les pupilles présentent des alternatives de dilatation et de contraction (instabilité pupillaire) ; de plus elles offrent très nettement le phénomène du réflexe paradoxal (contraction dans l'obscurité, dilatation à la lumière).

Aucun autre phénomène ni du côté des yeux, ni du côté des autres appareils : pas de raideur dans la nuque ; pas de Kernig ; pas de modification des réflexes ni de la sensibilité. Température 37^o2. Pouls 90, régulier.

On pratique immédiatement une *ponction lombaire*.

Dans la journée l'état reste stationnaire. Le malade demeure assoupi, prostré, le facies anxieux, il refuse toute nourriture ; *quand on l'interroge, les idées délirantes reparaissent, elles affectent toujours la forme persécutatoire.*

14 mars. — Dans la nuit, le malade a eu *du délire d'action très violent* ; assailli par des ennemis imaginaires, il s'est levé, s'est battu avec ses voisins, a été casser plusieurs vitres dans la salle. Son agitation est telle qu'on est obligé de lui mettre la camisole.

A la visite du matin, température 37^o9. Pouls 95.

Le malade se plaint de la tête.

La nuque est un peu raide.

Les troubles pupillaires persistent.

Le ventre est toujours creux et sensible.

Raie méningitique très nette.

Depuis deux jours, constipation absolue.

Pas de douleur à la pression des globes oculaires ; pas de photophobie ; pas de signe de Kernig ; pas de vomissements.

Dans la journée, M... est très agité ; *en proie à des hallucinations visuelles*, il tente de se lever dès qu'on lui retire la camisole. Température 37^o9.

15 mars. — La nuit a été plus calme, mais ce matin le *délire persiste*. Peu de modification dans l'état somatique : le facies est toujours contracté ; la langue très saburrale ; légère inégalité pupillaire.

Malgré un lavement purgatif donné la veille, la constipation subsiste.

Température 37°6. Pouls régulier à 90. R. normale. Rien dans les urines.

16 mars. — Température 37°5.

Mêmes idées délirantes. Le malade présente en outre une *tendance à l'état cataleptoïde* : il conserve très longtemps les attitudes que l'on imprime à ses membres, et de lui-même reste figé dans la même situation, le regard immobile.

Le réflexe paradoxal a disparu. Mais les pupilles sont toujours instables et accommodent en outre très lentement.

L'anorexie absolue, la rétraction du ventre, la constipation persistent.

17 mars. — M... a passé une journée et une nuit tranquilles. On a enlevé la camisole.

Ce matin, il semble que son état se soit amélioré : il répond mieux aux questions qu'on lui pose ; son facies est plus vivant ; il ne se plaint plus autant de la tête.

Mais les idées délirantes reparaissent par instants (il croit alors reconnaître dans la salle ses parents, venus pour assister à son enterrement).

La force musculaire est très diminuée ;

L'amaigrissement est notable ; la constipation persiste malgré un deuxième lavement purgatif.

Température 37°4 ; pouls et R. normaux.

On pratique une deuxième ponction lombaire.

18 mars. — La journée et la nuit ont été calmes.

Ce matin, le malade se sent mieux ; il s'assied spontanément et change de position dans son lit.

Cependant *les idées délirantes reparaissent lorsqu'on les provoque par des questions appropriées*.

Les pupilles réagissent très lentement.

Le ventre est encore creux.

Température 37°1. Rien dans les urines.

19 mars. — L'amélioration continue. Le malade reprend de plus en plus son apparence normale ; il se plaint d'être encore étourdi et de se sentir extrêmement faible ; il demande à s'alimenter.

On ne retrouve plus, en l'examinant, aucun phénomène pathologique : le *délire a disparu* ; les pupilles réagissent normalement ; une selle dans la nuit ; la langue est humide et moins sale. Température 37 degrés. Pouls 80, ample et régulier ; la raie méningitique ne se produit plus.

Les jours suivants, l'amélioration se maintient et fait des progrès rapides. Les forces reviennent ; M... s'intéresse à ce qui l'entoure et demande à manger.

Après quatre jours de régime lacté, on l'alimente.

30 mars. — Dix-neuf jours par conséquent après son entrée, M... se lève. On ne trouve, à l'examen, aucun phénomène morbide : pupilles normales, psychisme normal ; il a considérablement augmenté de poids, et ne se souvient plus que d'une façon confuse des détails de sa maladie.

4 avril. — On pratique une troisième ponction lombaire.

14 avril. — M... qui, depuis plus de quinze jours, n'a présenté aucun phénomène pathologique, quitte le service pour reprendre son travail.

11 mai. — M... revient nous voir en parfaite santé.

Résultat des ponctions lombaires

Trois ponctions lombaires ont été pratiquées :

1° Le 13 mars, aussitôt après l'apparition des symptômes méningés ;

2° Le 17 mars, au moment où l'amélioration commence à se dessiner ;

3^o Le 4 avril, lorsque le malade paraissait guéri depuis plus de dix jours.

PREMIÈRE PONCTION. — On retire 12 centimètres cubes liquide clair, sortant en jet.

Caractères chimiques. — Liquide fortement albumineux, très fibrineux.

Cytologie. — Lymphocytose très abondante (18 à 25 éléments par champ).

Pas de polynucléaires.

Pas de globules rouges.

Examen bactériologique. — Pas de microbes sur les lames.

Recherche directe du bacille de Koch; négative.

DEUXIÈME PONCTION. — 15 centimètres cubes. Liquide clair en gouttes rapides.

Caractères chimiques. — Albumine et fibrines moins abondantes.

Cytologie. — Lymphocytose pure moins abondante (8 à 10 éléments par champ).

Pas de bacilles de Koch sur les lames.

(Inoculation. Voir plus loin).

TROISIÈME PONCTION. — 10 centimètres cubes. Liquide clair, en gouttes rapides. Pas d'albumine; pas de fibrine.

Cytologie. — Quelques rares globules rouges.

Deux lymphocytes par champ.

Inoculations

Deux cobayes ont été inoculés, le 17 mars, avec le liquide de la deuxième ponction, sous la peau, à la base de la cuisse.

L'un (cobaye A) reçoit 2 centimètres cubes.

L'autre (B) reçoit 1 centimètre cube.

Cobaye A. — Poids 530 grammes.

Le 29 mars, 535 grammes

Adénopathie inguino-iliaque très manifeste, du côté correspondant à la piqûre.

Le 5 avril, 525 grammes.

Une chaîne abdominale s'est formée.

11 mai. — Large lésion tuberculeuse ulcérée au centre.

Cobaye B. — Ne dépérit pas et paraît indemne le 5 avril.

SÉANCE DU 19 MAI 1905. — Nous complétons notre communication de la dernière séance en présentant les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien. En faisant l'autopsie nous avons pu nous convaincre qu'il existe des lésions caséeuses au point d'inoculation et des tubercules granuliques, non seulement chez le cobaye A, comme nous l'avions indiqué, mais aussi chez le cobaye B. *Les deux animaux sont manifestement tuberculeux.*

Résumé

« En somme, ajoutent les auteurs, l'histoire de ce malade peut se résumer de la façon suivante : après une première phase de troubles généraux vagues (fatigue, amaigrissement, céphalée, insomnie) apparaissent des symptômes cérébraux avant tout caractérisés par du *délire*. Ce délire à forme persécutive avec impulsions violentes persiste pendant sept jours, durant lesquels on observe en même temps de la céphalée, de la torpeur, une anorexie et une constipation opiniâtres, un amaigrissement rapide, et surtout des phénomènes pupillaires (inégalité, instabilité, paresse de réaction et réflexe paradoxal). »

Le délire fut ici le symptôme dominant ; il précéda

les signes caractéristiques de la méningite et persista jusqu'à leur entière disparition ; enfin il se maintint dans un cercle assez restreint d'idées de persécution.

Mais la guérison constitue de beaucoup le fait capital de cette observation. Un grand nombre d'auteurs n'admet pas la possibilité d'une pareille guérison. Cependant, dans le cas qui vient d'être signalé, l'histoire clinique, le cyto-diagnostic et l'inoculation positive au cobaye, confirment qu'il s'agissait bien d'une méningite tuberculeuse. Peut-être serait-il plus prudent de prononcer ici le mot de *rémission prolongée*. Nous verrons en traitant du pronostic ce qu'il faut penser de ces faits. Quoi qu'il en soit, guérison ou rémission prolongée, le cas n'en est pas moins remarquable pour qui connaît la marche rapide et l'allure implacable de la méningite tuberculeuse à forme mentale.

OBSERVATION VII

(M. LAIGNEL-LAVASTINE. — *Revue de Médecine*,
10 mars 1906.)

Hallucinations visuelles et auditives. — Interprétations délirantes.

E. A..., âgé de trente et un ans, journalier, entre le 24 octobre 1904 dans le service des *délirants* de M. Gilbert-Ballet, à l'Hôtel-Dieu. Il est malade depuis huit jours. Auparavant sa santé paraît avoir été bonne.

A son entrée on constate les symptômes cardinaux d'une méningite : céphalée, vomissements, constipation, rétraction du ventre, hyperesthésie cutanée, pouls à 90 ; température à 39°8.

Dans les jours suivants le délire et l'agitation sont intenses ; le malade se plaint de maux de tête atroces, se lève constamment, tient des conversations sans suite avec des êtres imaginaires, fait avec ses mains des gestes comme pour attraper des mouches.

Le 30 octobre, on note une certaine rémission apparente. La température remonte au-dessus de 39 degrés. Une crise épileptiforme survient et le malade tombe ensuite dans le coma, jusqu'à la mort le 3 novembre à midi (1).

1. Nous avons pu observer ce malade dans le service de M. Gilbert-Ballet. Aussi nous permettons-nous d'ajouter aux très intéressantes recherches de M. Laignel-Lavastine des détails plus circonstanciés sur l'évolution clinique de l'affection. Les voici à partir du moment où le délire prit parmi les symptômes une place prépondérante :

Nuit du 29 octobre. — Le malade est très agité ; il divague et semble tenir conversation avec quelque personnage imaginaire. Température 38°4.

Journée du 30. — Le malade est de plus en plus agité ; il descend de son lit à chaque instant. A midi, température 38°4. Il semble toujours converser avec quelqu'un.

Nuit du 30. — Très agité ; veut sans cesse se lever. Il déchire son drap à force de le tirer. Température 38°2.

Journée du 31. — Agitation moindre. Vers 4 heures il divague un peu.

Nuit du 31. — Il est tranquille mais ne peut arriver à dormir.

Journée du 1^{er} novembre. — L'agitation reparaît. Il cause dans son délire avec ses compagnons de travail. Puis il voit devant lui quelque chose qu'il veut attraper. Température 38°4.

A L'AUTOPSIE, faite le 4, on trouve une méningite tuberculeuse, non seulement *cérébrale* mais *spinale*. Il existe des tubercules dans le rein et dans le foie, mais ce dernier organe n'est pas gras.

L'examen *histologique* de l'écorce *cérébrale* et de la *moelle* par les méthodes de Nissl et de Ramon y Cajal donne les résultats suivants :

Au *Nissl* les pyramidales géantes du lobule paracentral sont en chromatolyse centrale et neuronophagie, à des degrés variables, depuis l'aspect relativement normal jusqu'à la déformation globuleuse et la destruction presque complète.

Nuit du 1^{er} novembre. — Grande agitation, à 9 heures 1/2, dans une crise subite, il s'est abattu sur le parquet. Il voit sur le plafond et sur les murs quelque silhouette émouvante et paraît éprouver une frayeur intolérable. D'autres fois il avance la main comme pour toucher et saisir quelque chose, puis sa physionomie prend une expression de terreur et il fait des gestes pour repousser cet objet. Il veut tout le temps se lever. A minuit son agitation dure toujours, mais il est très fatigué. Respiration plus haletante. Température 38°2. Parfois encore il se roule dans ses draps, frappe son lit avec fureur, puis fait un bond et saute à terre. Pendant la nuit le veilleur a dû recourir à trois reprises à son collègue de la salle voisine pour maintenir le patient dans son lit sans l'attacher.

Journée du 2. — L'agitation persiste. Température 37°7 le matin et 38 degrés à midi. Le malade ne reconnaît plus son frère qui est venu le voir, et frappe son lit de temps en temps.

Nuit du 2. — L'agitation continue quoique moins violente.

Journée du 3. — Agitation beaucoup moindre ; affaiblissement progressif. Mort à midi après quelques heures de coma.

Pendant ces derniers jours les symptômes de méningite que l'on avait constatés à l'entrée avaient paru notablement s'amender.

Au Cajal les mêmes cellules montrent des altérations parallèles. Certaines ont toutes leurs neuro-fibrilles normales.

Le plus souvent les neuro-fibrilles sont surtout bien marquées, très longues et très nettes à la périphérie du corps cellulaire et dans les dendrites. Dans la région périnucléaire au contraire, leur calibre est souvent inégal ; elles sont fragmentées, réduites à des cha-pelets de granulations noires, ou ont tout à fait disparu. Dans les régions fragmentées, elles sont verdâtres, elles sont plus épaisses et moins fragmentées.

D'autres cellules, qui ne contiennent plus de neuro-fibrilles normales, ont leurs dendrites rouge acajou opaque, sans aucun détail de structure et leur corps protoplasmique rempli d'un réticulum granuleux. Dans d'autres cellules enfin, dont quelques neuro-fibrilles primaires sont seulement visibles sur un des bords, on voit dans tout le corps protoplasmique un réticulum formé de fines fibrilles entrecroisées. Elles sont beaucoup plus pâles et fines que les neuro-fibrilles primaires.

La *moelle* présente les lésions ordinaires d'une *méningo-myélite tuberculeuse* à prédominance antérieure. [L'infiltration lymphocytyque des méninges médullaires avec tubercules envahit les méninges radiculaires et les espaces interfasciculaires des racines postérieures. Dans la moelle il y a prolifération de la névroglie dans les régions corticales sous-jacentes à la méningite.

Au Nissl, les cellules nerveuses paraissent plus ou moins touchées. Les cellules radiculaires antérieures, dont quelques-unes ont résisté, ont le plus souvent de la chromatolyse centrale avec caryolyse. Les cellules radiculaires postérieures sont plus fortement touchées. Beaucoup sont en déformation globuleuse avec migration périphérique du noyau.

Résumé

Aux symptômes principaux d'une méningite tuberculeuse ne tarde pas à s'ajouter un délire intense entrecoupé de paroxysmes où l'agitation est extrême. Des hallucinations de la vue et de l'ouïe entretiennent cet état et amènent parfois le malade, à quelques instants d'intervalle, de la terreur la plus profonde à une fureur indescriptible. Cette période de délire dura six jours et l'agitation persista jusqu'à quelques heures avant la mort. Pendant ce temps, sauf la fièvre qui persistait aux environs de 38 degrés, les signes de méningite avaient paru s'amender dans de notables proportions.

OBSERVATION VIII

(Dr Karl v. Wieg. — *Neurologisches Centralblatt*,
16 avril 1904).

Délire à forme variable. — Hallucinations. — Troubles divers rappelant certains signes de la paralysie générale.

M. K..., quarante-deux ans, vétérinaire, tombé malade depuis quelques jours avec les symptômes d'une inflammation gastro-intestinale, a commencé depuis quelques jours à délirer, à présenter des troubles du langage et à se plaindre de maux de tête insupportables. A la visite du médecin de la police le patient a manifesté du dégoût,

de l'angoisse, s'est lamenté à haute voix et priait en phrases entrecoupées. La sœur de son père est, paraît-il, une mélancolique.

Le malade est arrivé à la clinique le 17 juillet lié sur une civière, tout à fait égaré ; il crie, s'insurge contre tout et tous, se souille avec son urine. Somatiquement on constate une légère inégalité pupillaire, un peu de parésie faciale à droite, le réflexe patellaire est affaibli, pas de Babinski, langue sèche dans le milieu, gercée, fuligineuse ; sur les bords elle est humide, rouge et avec des papilles saillantes ; respiration forte, quelques râles isolés (l'agitation du malade a rendu impossible une auscultation précise de l'appareil respiratoire). Bruits du cœur normaux. Abdomen un peu sensible à la pression ; grosseur normale de la rate et du foie ; bruit iléo-cæcal ; pas d'éruption ; pas d'angine. Température, 38°4. Pouls 80, bon, tendu, régulier.

Quelques heures après son arrivée à la clinique le malade eut une crise qui fut observée par la garde-malade.

Il était assis et on venait de lui changer de linge, quand brusquement il s'affaissa sans connaissance sur le dossier de sa chaise, laissa tomber ses bras sans force et devint extrêmement pâle. Après quelques minutes il reprit connaissance et recommença à s'agiter sur son lit de sangle. En causant avec lui on le trouve désorienté au point de vue du temps et de l'espace ; cependant le sensorium n'est pas troublé et après avoir dit qu'il était sur le chemin de sa maison, il se reprend et dit qu'il est dans un hôpital : il ne sait ni pourquoi il est là, ni pourquoi il y est venu. Il y a plus de quatorze jours qu'il n'a rien mangé, il souffre de fort maux de tête mais qui lui laissent déjà un peu de répit. Il ne boit pas beaucoup, deux ou trois petites cruches de liquide (?) ni vin, ni alcool.

Pendant son examen le malade demeure extrêmement apathique, ne paraît pas s'inquiéter du change-

ment de situation amené par son internement, ne répond qu'après qu'on lui a plusieurs fois répété la question. Pupilles arrondies, inégales, réagissant lentement à la lumière. Il y a un trouble très net du langage constaté au moyen de mots d'épreuve, consistant en achoppement syllabaire et dysarthrie. Vers le soir du même jour, le malade recommence à s'agiter, se dresse sur son lit et cherche sa malle dans la salle de l'hôpital. Hallucinations. Il demande au gardien ce qu'on lui veut, dit qu'on l'a appelé ; puis il revoit son fils, l'appelle par son nom. Nuit agitée. Insomnie.

18 juillet. — Amélioration générale dans la manière d'être du malade ; il parle clairement, avec ordre ; il ne peut se souvenir de rien, il a dû avoir mal à l'estomac ; se plaint de légers maux de tête. Il ne paraît pas comprendre nettement la réalité de sa situation, il est presque euphorique ; il calcule bien mais présente les mêmes troubles de la parole que la veille. L'appétit, le sommeil et l'état somatique général sont tout à fait satisfaisants ; aucun signe pulmonaire subjectif, pas de dyspnée, pas de cyanose, pas de fièvre.

19 juillet. — Le malade est de nouveau agité ; il se retourne dans son lit, écarte ses couvertures, rejette toute la literie ; le soir il veut se lever de son lit pour aller au téléphone, s'entend appeler par son nom, cherche son fils, l'appelle ainsi que sa femme, ordonne à celle-ci de se lever de dessus les pierres froides si elle ne veut pas tomber malade ; là-dessus il continue à bavarder sans suite pendant quelque temps, tire violemment sur ses courroies, se souille de matières fécales et d'urine. Pendant une tentative de conversation le malade n'arrive à terminer aucune phrase ; il s'arrête au milieu et parle d'autre chose, dit qu'il a un, deux, cent enfants. Température 38°5.

20 juillet. — Le malade continue à délirer et manifeste nettement du délire professionnel. Il crie qu'on pourrait lui apporter le registre du bétail, parle de personnes qu'il a connues autrefois, donne des ordres con-

cernant son métier de vétérinaire. Pendant ce temps il ne cesse de s'agiter, écarte ses couvertures, se retourne en tous sens dans son lit ; il se contredit et tâtonne continuellement le drap. Température 38°9. Calomel. Compresse de Priesnitz. Diète lactée.

21 juillet. — Le malade s'assoupit progressivement, parle, mais plus doucement et seulement par intervalles ; il est somnolent. La température varie de 37°8 à 38°1. Vers le soir la respiration s'accélère, le pouls devient plus faible, irrégulier et accéléré ; les jours précédents il n'y avait eu ni toux, ni cyanose ; l'auscultation du poumon montre des manifestations catarrhales.

22 juillet. — Somnolence. Le malade ne réagit plus aux excitations extérieures. Pupilles assez élargies, réflexe cornéen fortement diminué ; abdomen légèrement ballonné ; respiration fortement accélérée (50 à 60 par minute) ; pas de CHEYNE-STOCKES ; pouls irrégulier, très accéléré. Température 37°4 à 37°8.

23 juillet. — Le malade meurt.

Résumé

En même temps qu'une céphalalgie violente, quelques troubles gastro-intestinaux, de légères perturbations de la motilité et de la sensibilité, le malade présentait un délire violent, polymorphe, de la confusion des idées, des hallucinations auditives et visuelles. Cet état mental qui s'accompagnait d'inégalité pupillaire, d'achoppement syllabaire, de troubles de la mémoire, de certaines idées délirantes à caractère mégalomaniacque, fit songer à une paralysie générale à évolution aiguë. Mais la suite prouva qu'il n'en était rien. Pendant une période d'accalmie le malade

manifesta cette apathie et cette insouciance assez fréquente dans nos observations, et même un léger degré d'euphorie. La durée de l'affection fut d'une dizaine de jours.

OBSERVATION IX (*résumée en partie*).

(M. CHANTEMESSE. — *Thèse de Paris*, 1884.)

Délire furieux suivi de stupeur.

Le nommé R..., âgé de trente-six ans, entre le 27 février 1883 à l'hôpital Necker salle Saint-Jean, service de M. Rigal.

Voici ce que des renseignements donnés par un parent du malade apprennent sur ses *antécédents personnels*. Il n'aurait jamais fait de maladie. Depuis quatre ou cinq ans, il toussait de temps en temps mais sans jamais cracher de sang. On a remarqué aussi qu'il buvait beaucoup, se levait quelquefois la nuit pour boire de l'eau. Il y a quatre ans un ganglion du cou aurait suppuré. Ses habitudes de boisson portent à croire qu'il est alcoolique. Du reste bonne santé apparente.

Le 4 février dernier, à la suite de grandes contrariétés (il a été volé, n'a pas été bien nourri les derniers jours de janvier, etc.) il a ressenti de grands maux de tête très tenaces qui ne l'ont pourtant pas empêché de faire son travail. De ce jour on s'est aperçu qu'il maigrissait un peu. Vers le 10 février, des vomissements le prennent au commencement de ses repas, qui cessent pourtant quand il s'obstine à manger davantage ; mais dès lors l'appétit va en diminuant, Le sommeil se perd également. *Le caractère change* : de gai il devient soucieux. *Les idées ne semblent pas aussi bien suivies qu'autrefois*. Le malade, malgré tout, continue son travail. Le 25 février on s'aperçoit pendant quelques heu-

res que l'œil gauche est dévié avec chute de la paupière supérieure; puis tout rentre dans l'ordre spontanément.

Le 26 février, *les idées deviennent très troubles*; aux questions qu'on lui pose le malade ne répond pas, ou répond mal. Dans la nuit du 26 au 27, grande agitation, *délire furieux*, cris inarticulés. Il déchire ses vêtements, s'écorche la poitrine avec ses ongles, brise les meubles.

Le 27 février, ses parents l'amènent à l'hôpital pour demander son entrée à Sainte-Anne. Il est délirant, gesticule parfois avec les bras. Il a la face très rouge, le regard hébété. La marche est chancelante, les jambes fléchissent sous lui, et si on ne le maintenait, il ne pourrait se tenir debout. Il délire sans pousser aucun cri, mais il est si agité qu'on est obligé de l'attacher.

28 février. — L'agitation de la veille a disparu. Le malade est absorbé dans ses idées, il parle de choses intéressant son métier. Le regard est fixe. La face rouge. Constipation, le ventre n'est pas rétracté. Tache méningitique. L'examen de la poitrine et du cœur ne décèle rien d'anormal. Température 38°4, le pouls est calme et régulier à 70, respirations 20.

1^{er} mars. — La nuit a été tranquille. Le malade parle mieux quoique le délire persiste encore. Il obéit à certaines demandes (tire la langue, serre la main etc.), mais il est incapable de donner aucun renseignement sur son état antérieur. Le facies est souriant. Quand on le fait asscoir on constate une notable raideur du tronc et du cou. La pression est douloureuse sur les apophyses épineuses de la région dorsale. Rien aux poumons ni au cœur. La langue est sèche, rouge sur les bords. Le ventre est légèrement ballonné. Légère constipation. Pas de taches rosées, pas de vomissements. Pas d'appétit. Tache méningitique. Pouls à 72. Température 38°4.

A partir de ce moment les signes de méningite sont des plus nets. Céphalalgie, raideur de la nuque, carphologie. Le malade tombe dans une *stupeur profonde* qui persiste jusqu'à la mort survenue dans la nuit du 4 au 5 mars.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après la mort.

Encéphale. — La dure-mère est lisse et son aspect normal. Elle n'adhère pas à l'arachnoïde. Au-dessous on trouve la pie-mère gorgée de sang. Toute la substance cérébrale est imbibée de sérosité molle.

Sur la face supérieure ni exudats, ni tubercules. La pie-mère s'arrache assez facilement. Son épaisseur est augmentée par l'imbibition séreuse.

A la face inférieure, même apparence sur les parties latérales. Au niveau du chiasma, la pie-mère et l'arachnoïde sont adhérentes et épaisses au point de cacher les parties sous-jacentes. Elles sont parsemées de petits points blancs qui ne se laissent voir qu'avec la plus grande attention. En essayant de les décoller on déchire la partie inférieure du ventricule moyen, et il en sort une grande quantité de liquide clair. Le chiasma est adhérent à la face inférieure du cerveau ; il est plongé à l'intérieur des membranes épaissies. Au niveau de la scissure de Sylvius, à gauche, les deux lèvres qui la forment sont adhérentes ; l'adhérence se fait par l'intermédiaire des membranes. Tout le long de la sylvienne et des petits vaisseaux qui en partent, on distingue un grand nombre de petites granulations blanches très fines. Même aspect à droite. Les petites granulations accompagnent manifestement les vaisseaux. Les vaisseaux qui entourent la protubérance portent également un assez grand nombre de granulations. Le moteur oculaire commun gauche est difficile à reconnaître, tellement il est congestionné et différent de son congénère. Il est très rougeâtre, et l'on voit tout le long de sa surface de petites stries que dessinent les capillaires engorgés.

Les ventricules sont distendus : ils contiennent une assez grande quantité de liquide légèrement teinté de rouge. Le trigone est complètement ramolli et réduit en bouillie. Le septum lucidum est également ramolli, perforé. La paroi inférieure des ventricules latéraux l'est un peu. Les plexus choroïdes sont gorgés de sérosité. Le

prolongement sphénoïdal est dilaté. Pas de lésions appréciables des noyaux centraux quand on pratique la coupe de Flechsig. Le plexus choroïde qui forme la partie postérieure du quatrième ventricule est adhérent au bord du plancher, si bien qu'il faut le bistouri pour l'en détacher. Arborisations sanguines sur le plancher où les vaisseaux sont plus visibles qu'à l'ordinaire. Pas d'autres lésions appréciables.

A la coupe antéro-postérieure de la protubérance on aperçoit la même vascularisation excessive. De plus on y voit un petit nodule à centre caséux et jaunâtre à la périphérie irrégulière et grisâtre, à diamètre vertical plus long que l'entéro-postérieur ; il paraît constitué par la matière tuberculeuse. Il est situé à la partie centrale de la moitié supérieure de la protubérance, si on la divisait en deux par une coupe transversale et horizontale. Il est séparé des fibres qui vont former l'étage inférieur du pédoncule par une distance de 5 millimètres : une égale distance le sépare de la surface convexe de la protubérance.

Les choroïdes examinées avec soin ne laissent pas voir de granulations. Les nerfs optiques sont rouges et sans doute en imbibition.

Moelle. — Rien de notable sur les méninges, si ce n'est un aspect un peu troublé de l'arachnoïde. A leur ouverture il s'est écoulé une certaine quantité de sérosité louche.

A la partie inférieure de la moelle, surtout au niveau du renflement lombaire il existe une congestion très intense des vaisseaux ; on remarque, avec un examen attentif, une éruption discrète de fines granulations blanches, accentuées surtout à la partie inférieure.

Poumons. — Ils sont, à leur partie postérieure, le siège d'une congestion très intense avec quelques tubercules. A leur partie antérieure, éruption très abondante de tubercules miliaires.

Reins. — Parsemés de tubercules.

Foie. — Gros et gras avec cirrhose.
Les autres viscères sains.

Résumé

Céphalalgie, vomissements, insomnie, changement de caractère, strabisme et ptosis transitoires, tels furent les premières manifestations de la méningite, mais à un degré si léger que cet homme put pendant quelque temps continuer son travail. Cependant, après une courte période d'obtusion intellectuelle, un délire si furieux de paroles et d'actions éclata tout à coup, que les parents demandèrent l'entrée du malade à Sainte-Anne. Pendant deux jours ce délire continua avec une telle violence qu'il fallut camisolier le patient. Puis le calme revint, mais sans que les fonctions intellectuelles reprissent leur intégrité : un à un, les signes de méningite s'installèrent et la mort succéda à cinq jours de stupeur profonde.

OBSERVATION X

(D^r KARL V. WIEG. — *Neurologisches Centralblatt*,
16 avril 1904.)

Délire furieux suivi de stupeur

S. F..., quarante ans, a de la fièvre depuis un jour et se plaint de violentes douleurs à la tête. Depuis quelques heures il est dans un état de délire furieux. Le

patient brise les fenêtres, détruit tous les objets placés à sa portée, déchire ses vêtements, veut sauter par la fenêtre. On a dû, pour l'apporter au commissariat, l'attacher sur une civière. Pendant l'examen du médecin de la police, le patient est déjà profondément saisi par le mal, ne répond plus aux questions qu'on lui pose, essaie de se débarrasser de ses liens, gémit, porte les mains à sa tête après qu'on l'a délié, et jette autour de lui des regards égarés.

A son arrivée dans notre établissement, le malade semblait légèrement étourdi, mais réagissait aux questions faites d'une voix forte ; il se plaint de douleurs dans tout le corps, surtout de violents maux de tête, présente une forte hyperesthésie de la peau et des muscles ; il est très obnubilé. Température : 38° 7 ; le soir 39° 2 ; pouls irrégulier entre 70 et 80. Léger purpura ; langue sèche ; par moment apparaît un trismus bilatéral. Les pupilles réagissent faiblement à la lumière, les mouvements des yeux sont intacts ; légère hypertonie et augmentation de résistance dans les mouvements passifs des deux bras, surtout à droite. Signes de parésie faciale du côté droit. Forte surexcitabilité mécanique des muscles, réflexes patellaires un peu affaiblis.

Dans l'urine traces distinctes d'albumine, indicanurie ; diazoréaction positive ; au microscope, cellules épithéliales, vésicales et rénales, cylindres vitreux. A l'ophtalmoscope, résultat négatif. Sensorium engourdi, somnolent. La patient tâte dans son lit, reste sans connaissance, les yeux fermés ; puis il étend les mains de côté et d'autre comme pour saisir quelque chose ; sueurs profuses, marmottage.

Au bout de trois jours le malade, quelques heures avant sa mort, présente une violente dyspnée, devient incapable d'avaler ; son pouls est irrégulier, filiforme, très fréquent. La mort survient au milieu de ces phénomènes.

Résumé

Les phénomènes mentaux signalés ici se rapprochent beaucoup de ceux de l'observation précédente. La durée du délire fut moins longue, mais son intensité au moins aussi grande. Ensuite le malade tomba progressivement dans un état de stupeur qui ne fit qu'augmenter jusqu'à la mort. Ce cas peut se comparer aussi à certaines observations de méningite tuberculeuse ayant simulé le délirium tremens, signalés dans le second groupe de cette étude.

OBSERVATION XI

(Dr KARL V. WIEG. — *Neurologisches Centralblatt*,
16 avril 1904).

Confusion mentale. — Interprétations délirantes.

K... A..., quarante-deux ans, mécanicien, se plaint depuis huit jours d'une inflammation du pharynx et du larynx, accompagnée de violents maux de tête. Le malade est très inquiet, agité, sans sommeil : il affirme qu'il ne peut pas vivre longtemps, qu'il faut qu'il se suicide. Pendant l'examen du médecin de la police, il est troublé, parle d'une façon incohérente, pleure constamment, se plaint de violents maux de tête et de sentiments de terreur ; il dit qu'il a un aveu à faire. A son entrée dans notre établissement, le patient est légèrement étourdi, troublé, sans sommeil ; il se laisse glisser de son siège pendant l'examen médical ; il croit

reconnaître dans le médecin une personne de sa connaissance, lui secoue la main en lui adressant la parole, l'appelle « serviteur Loisl ». Dans ses autres réponses il divague complètement ; à plusieurs questions différentes qu'on lui pose successivement il répète les mêmes réponses incohérentes. Sa respiration est gênée ; il veut s'étendre sur le parquet : on est obligé de le transporter sur un lit spécial. Le patient tente d'en arracher le treillis et jette pêle-mêle les draps et les couvertures. Somatiquement on constate de l'inégalité pupillaire avec réaction paresseuse à la lumière ; hyperesthésie des muscles du mollet à la pression ; surexcitabilité mécanique des muscles ; réflexes patellaires légèrement exagérés. Indicanurie abondante.

Les jours suivants le malade se montre sans cesse troublé, de temps en temps agité, en proie au délire ; puis il retombe dans la somnolence et fait des mouvements divers avec les mains comme pour saisir quelque chose. Son affaiblissement est considérable. Dans les derniers temps (l'observation a duré six jours) fièvre de 38 degrés à 38° $\frac{1}{4}$; pouls accéléré, faible, torpeur croissante. Le patient présente toujours par intervalle de l'agitation, il essaie de se lever sur son lit, veut s'en aller. Il meurt en état de collapsus au milieu d'un coma profond. Il a été impossible de se rendre compte avec exactitude de l'état du système nerveux à cause des mouvements désordonnés qui se sont produits à l'origine et de la torpeur qui plus tard est survenue rapidement. Au début on a constaté de la bradycardie et pas de phénomènes d'incoordination motrice.

La coupe du cerveau ne montre rien de particulier. On a constaté en outre un emphysème chronique des poumons, une bronchite chronique, une assez forte entérite, l'atrophie brune du cœur et du foie.

Résumé

Les symptômes psychiques sont caractérisés ici par une alternance de périodes d'agitation et de dépression. La confusion mentale, les interprétations délirantes, un délire loquace et parfois violent alternaient avec des phases de dépression profonde. La céphalalgie était vive, la température se maintint aux environs de 38 degrés ; il existait de la carphologie, des troubles pupillaires, moteurs, sensitifs et réflexes.

Nous regrettons l'insuffisance ou l'absence des constatations d'autopsie dans les trois observations, très intéressantes au point de vue clinique, de cet auteur. Ici, il mentionne seulement que la coupe du cerveau ne montra rien de particulier. Nous voulons croire qu'il avait rencontré sur les méninges des lésions caractéristiques, puisqu'il présente cette observation comme un cas de méningite tuberculeuse à forme anormale. Quoi qu'il en soit, nous ne reproduisons ces trois observations (VIII, X, XI) que sous toutes réserves.

OBSERVATION XII

(LÉCORCHÉ et TALAMON. — *In Etudes médicales.*)

*Phases successives d'agitation et de dépression.
Obtusion intellectuelle.*

L... âgé de quarante-six ans, cocher, entre le 20 novembre 1879.

Les renseignements suivants sont donnés par les personnes qui l'amènent. A l'âge de dix-sept ans, il est tombé sur la tête, a perdu connaissance ; on a été obligé de le saigner.

Depuis lors il se plaignait souvent de la tête ; à plusieurs reprises, il a eu des vertiges, est tombé sans connaissance ; mais il se relevait presque aussitôt après. Il y a quatre ans, forte bronchite ; depuis lors toussé habituellement. Depuis cet été surtout la toux a augmenté ; amaigrissement.

Au mois d'août extinction complète de la voix.

Il y a quatre jours il est venu de la campagne, où il réside ordinairement, trouver un de ses parents à Paris ; il se plaignait de la tête avec insistance et avait l'air un peu égaré. On l'a conduit à l'hôpital Beaujon. Ce matin à midi la personne qui l'a mené à l'hôpital, l'a vu revenir disant que la sœur l'avait renvoyé. Il avait la figure rouge, l'air de plus en plus égaré ; il arrivait sans chapeau, ayant laissé à l'hôpital son gilet et son caleçon.

Etat actuel. — Le malade est couché sur le côté gauche, les jambes repliées, la tête sous les couvertures, dans un état de somnolence très marquée. Il faut le secouer violemment pour le tirer de sa torpeur et obtenir quelques réponses qu'il donne comme à regret. Il se plaint de la tête ; la lumière lui fait mal aux yeux ; il a vomi une fois avant-hier. Pas de raideur, ni de paralysie.

Pupilles rétrécies. Pouls à 75, un peu inégal. Toux fréquente, crachats verdâtres ; râles cavernuleux et souffle bronchique aux deux sommets. Foie gros, débordant les fausses côtes, douloureux à la pression. Constipation.

Température rectale 37°4.

21 novembre. — Agitation cette nuit ; il s'est levé, a voulu s'habiller ; la garde a eu beaucoup de peine à le faire coucher. Même état de somnolence, air d'hébétude,

se plaint toujours de la tête. Pas de fièvre. Calomel ; vésicatoire à la nuque.

23 novembre. — Délire et agitation la nuit ; le jour somnolence demi-comateuse. Quand on l'interroge, il répond avec peine, d'un air de mauvaise humeur, comme quelqu'un ennuyé d'être dérangé. Pas de strabisme ni de raideur de la nuque ; pupilles rétrécies.

Cet état persiste sans modification nouvelle intéressante jusqu'à la mort qui survint le 26 au soir.

Autopsie. — Faite trente-huit heures après la mort.

Encéphale. — Liquide louche, blanc verdâtre, dans les mailles de la pie-mère de la convexité ; un peu plus de concrétion verdâtre sur la partie antérieure du vermis superior ; exsudat opalescent, plutôt blanchâtre, dans les scissures de Sylvius.

Le chiasma, la protubérance, l'hexagone sont à l'état normal. Les granulations tuberculeuses sont très rares ; elles sont disséminées discrètement sur le vermis du cervelet, plus abondantes dans les deux scissures sylviennes, dont les méninges sont fortement injectées et épaissies par un exsudat fibrineux. Pas de granulations à la convexité.

La pie-mère est un peu adhérente, par places au niveau des lobes frontaux. Ventricules non dilatés, pas de liquide en excès. A la coupe, le cerveau n'est pas ramolli, il paraît sain ; il existe seulement un piqueté assez abondant et la surface de section se recouvre rapidement de gouttelettes de sang.

Poumons. — Induration fibroïde des deux sommets qui sont creusés de petites cavernes et semés de granulations caséeuses. Les lobes inférieurs sont très congestionnés, d'un rouge noirâtre, semés de fines granulations grises, sur la surface de section ; exsudat fibrineux récent sur le lobe inférieur droit, sans épanchement pleural.

Péricarde et cœur. — A l'état normal.

Foie. — A la face supérieure du foie et sur la face

inférieure du diaphragme, injection vive très serrée, formée de fins réseaux vasculaires de couleur violacée. Toute cette face supérieure est recouverte d'une légère couche d'un exsudat fibrino-purulent récent. On n'y voit pas à l'œil nu de granulations. Le foie est gros, un peu dur, d'une couleur jaunâtre diffuse. Pas de tubercules.

Rate. — Volumineuse ; d'un rouge noirâtre ; consistance un peu augmentée ; capsule épaissie.

Reins. — Volume normal ; congestion intense ; ils sont gorgés de sang d'un noir violacé.

Pas de lésions de l'estomac ou de l'intestin.

Résumé

Comme dans l'observation précédente, à une période de confusion des idées accompagnée d'agitation, fait suite une période de torpeur cérébrale. Mais ici ces phases d'excitation et de dépression se renouvellent très souvent, et, fait curieux, le malade est agité la nuit et somnolent le jour. Ce phénomène avait déjà été signalé par M. JACCOUD (1).

Pendant la période de dépression notons l'air de mauvaise humeur du patient et sa crainte d'être dérangé. Ces troubles psychiques étaient accompagnés d'une céphalalgie violente et tenace, mais dont l'apparition était si lointaine, qu'elle perdait beaucoup de sa valeur diagnostique.

Ainsi donc, dans chacune de ces observations, des troubles psychiques intenses accompagnent les

1. JACCOUD, *loc. cit.*

symptômes somatiques classiques de la méningite tuberculeuse. Nulle part mieux qu'ici « la symptomatologie des méningites a pour trait caractéristique qu'elle emprunte à la souffrance des organes sous-jacents presque tous les éléments de son expression. C'est, en effet, de la double atteinte anatomique et fonctionnelle apportée à la superficie des centres et à l'origine apparente des nerfs par les affections méningées, que résulte le syndrome général des méningites » (1).

Cependant il existe souvent entre les troubles psychiques et les signes somatiques, une sorte d'antagonisme et de balancement compensateur ; si bien que, lorsque les premiers se manifestent, les seconds semblent revêtir une moins grande intensité. Cela est caractéristique dans l'observation VII. D'autres fois, l'apparition des phénomènes mentaux constitue au milieu de l'évolution de la méningite, une crise tragique après laquelle la maladie reprend un cours plus implacable encore. Après eux il semble que l'organisme, épuisé par une réaction trop violente, ne possède plus de forces de résistance au mal. Un état de stupeur profonde, aboutissant au coma terminal, fait suite aux manifestations délirantes.

Quant aux signes physiques et aux symptômes fonctionnels classiques de la méningite tuberculeuse,

1. DUPRÉ. Art. « Maladies des méninges », in *Manuel de médecine de Debove et Achard*, t. III, p. 114.

ils sont en pareils cas le plus souvent très incomplets et affectent une forme particulièrement fruste. Il faut quelquefois être bien averti pour donner à tel ou tel symptôme isolé, qui paraît n'avoir au premier abord qu'une importance relative, toute la valeur diagnostique qu'il comporte.

Dans une leçon clinique, M. JACCoud, en classant chez l'adulte les formes anormales de l'affection qui nous occupe, décrit un type dont le schéma général se rapproche beaucoup de quelques-unes des observations précédentes : C'est le « type brusque délirant ». Il se rencontre chez des individus porteurs de lésions pulmonaires avancées ; le délire débute brusquement, atteint presque aussitôt une grande intensité, rappelle par sa violence le délire alcoolique, et, après une durée qui n'est jamais bien longue, cesse tout à coup et fait place à une torpeur profonde, puis au coma.

Mais nous nous trouvons alors en présence d'un délire plus ou moins polymorphe, comme il s'en rencontre dans quelques maladies infectieuses. Au contraire, dans les observations qui viennent d'être rapportées, le délire évoluait presque toujours, dans un cercle assez restreint d'idées, s'accompagnait souvent d'hallucinations très nettes, et donnait lieu à des interprétations délirantes et à un degré prononcé de confusion mentale. Sans doute, sauf dans un cas où l'on crut un moment avoir affaire à une paralysie

générale (obs. VIII), ces phénomènes ne furent pas assez systématisés pour simuler, à s'y méprendre, certains états d'aliénation mentale. Nous ne verrons des exemples semblables que dans les groupes suivants. Mais nous sommes ici au premier stade de cette simulation, et le délire acquiert une valeur plus considérable encore que celle d'un symptôme prédominant parmi d'autres symptômes.

L'existence de ces troubles mentaux est infiniment rare dans la méningite tuberculeuse de l'enfance, surtout lorsqu'ils affectent une systématisation plus ou moins prononcée. C'est ce qui fait le grand intérêt des cinq premières observations. Les enfants, en effet, réagissent surtout par des manifestations motrices (convulsions partielles ou généralisées, paralysies, contractures...). « Chez l'enfant le délire n'occupe dans la hiérarchie des symptômes qu'un rang fort effacé. Au décours de la maladie et surtout pendant la période d'état, il consiste dans une loquacité spéciale, dans un verbiage sans logique et sans suite dont il est le plus souvent impossible de saisir le sens. Il n'obscurcit en rien les grands traits du tableau de la méningite, n'a que les proportions d'un phénomène accessoire surajouté. » (1). Ici, cependant, il prit, outre sa violence, une forme assez nettement systématisée, et s'accompagna dans trois cas d'hallucinations très vives. Ces faits sont exceptionnels. MM. WEILL et PÉHU n'en ont relevé que 3 cas

sur 163 observations. D'ailleurs les troubles moteurs existaient dans les cinq cas qui sont consignés ici.

En résumé nous observons dans ce groupe, en même temps qu'un amoindrissement notable de la valeur des signes somatiques, une tendance très marquée des idées délirantes à se systématiser et à simuler certains syndromes mentaux. Mais la coexistence de quelques signes somatiques classiques de la méningite tuberculeuse, pour effacés qu'ils aient pu être, permet toujours de soupçonner que cette affection était la cause des perturbations mentales.

II

Deuxième groupe. — Observations dans lesquelles la méningite ne s'est d'abord manifestée que par des troubles psychiques et s'est terminée rapidement dès l'apparition des signes somatiques.

OBSERVATION XIII

(M. VIGOUROUX. — *Soc. médico-psychologique*, juin 1901.)

Dépression mélancolique. — Apathie. — Torpeur intellectuelle.

Le nommé D..., âgé de trente-trois ans, entre à l'asile de Vaucluse le 12 janvier 1901.

M. le Dr Garnier avait fait à son sujet, le 18 décembre, le certificat suivant :

Dégénérescence mentale avec dépression mélancoli-

que, taciturnité, aspect étrange. Condamnation pour vagabondage. Transféré de la prison de la Santé.

Dans le service de l'admission, M. le Dr Magnan avait porté le même diagnostic, en notant la probabilité d'hallucinations ; quinze jours après, au moment de son transfert, il le considère comme atteint de dépression mélancolique en voie de décroissance.

C'est un homme de taille moyenne, 1 m. 57, en état de bonne nutrition, pesant 60 kgr. 500 ; son teint est pâle, ses traits réguliers et ne présentant aucune asymétrie ni déformation dégénérative.

Il est bien proportionné ; son indice céphalique donne 88 ; diamètre antéro-postérieur 181 millimètres ; diamètre transversal 159 millimètres ; circonférence horizontale 57 centimètres.

L'examen de la sensibilité générale et spéciale, de la motilité, des réflexes, etc., ne nous fait rien découvrir d'anormal.

L'auscultation et la percussion de la poitrine révèlent de la submatité s'étendant à tout le côté gauche, et une absence complète de murmure vésiculaire.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas ; sa température est de 36°5.

Pas de strabisme ni d'embarras de la parole ; la voix est cependant un peu voilée ; les pupilles sont dilatées ; les battements du cœur sont réguliers et normaux.

Il mange bien et son sommeil est calme et régulier.

Son aspect est en effet étrange et difficile à définir ; sa physionomie exprime la lassitude et l'apathie plutôt que la dépression : il n'est pas, comme le mélancolique, renfermé en lui-même et indifférent à ce qui se passe autour de lui ; il regarde au contraire aux alentours et semble observer avec attention ce qui se passe ; parfois même il paraît étonné et surpris.

Interrogé, ses réponses sont brèves ; on le sent facilement irritable, et l'interrogatoire paraît l'ennuyer.

Il nous dit cependant qu'il vient de la prison de la

Santé où il est entré à la suite d'une condamnation pour vagabondage. On l'a transféré au Dépôt parce qu'il ne dormait pas à la suite de fatigue. Il se sent toujours fatigué. Employé de commerce avant son entrée au régiment, il a fait son service militaire mais n'a pas travaillé depuis. Il a vécu d'aumônes obtenues dans les rues et dans les cours. Il ne peut nous dire le numéro de la rue où était l'hôtel qu'il a habité en dernier lieu.

Il prétend avoir des parents, mais ne s'en inquiète pas ; ils savent bien où il est.

Où est-il ? il ne s'en soucie pas ; il est ici pour se reposer. Combien de temps y restera-t-il ? ce qu'il faudra. Toutes ces réponses sont obtenues à grand'peine et en plusieurs séances, et l'on voit qu'il ne fait aucun effort pour y répondre. Dès qu'il faut préciser une date, une adresse, un nom propre, il ne répond pas et semble penser à toute autre chose.

Une autre fois que je lui demande pourquoi il regarde autour de lui avec persistance, il répond : « Je suis ici pour observer » ; mais ne veut ou ne peut préciser ce qu'il observe, ni dans quel but il doit le faire.

Rien dans son attitude ne peut faire admettre qu'il est halluciné ; il est très calme et discipliné. Il reste enfermé en lui-même et ne cherche à causer ni avec ses camarades, ni avec les infirmiers.

Ce n'est pas un persécuté réticent. Ce n'est pas non plus un dément au sens propre du mot.

Le souvenir des événements récents est conservé en lui, et même celui des choses anciennes : témoin la réponse qu'il fit à plusieurs de ses camarades qui discutaient près de lui sur la définition d'un axiome : « C'est, dit-il, une vérité évidente par elle-même et qui n'a pas besoin d'être démontrée. » Puis il retomba dans son attitude indifférente.

En somme le seul symptôme dont il se plaignait était la sensation de fatigue, et son état mental pouvait se

caractériser par la torpeur intellectuelle avec une certaine confusion dans les idées, indifférence et apathie.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels, personne n'étant venu le visiter.

Pressé par nous d'écrire à ses parents, il écrivit d'une écriture irrégulière et hâtive : « Mes chers parents, je suis en traitement à l'hospice ; venez me voir, je vous prie. » Mais il ne met pas d'adresse. Plus tard, après un jour de parloir où beaucoup de parents étaient venus voir leurs malades, il prétendit que sa cousine était venue. C'est la seule illusion de la vue qu'il ait manifestée.

Du mois de janvier au mois de mai, il reste dans le même état d'inertie et d'indifférence, il se montre incapable de tout effort, il ne cherche à se livrer à aucun travail. Quelquefois il cirait un peu le parquet ; mais au milieu de son travail il s'arrêtait, semblait plongé dans une rêverie profonde. Le plus souvent, il se tenait immobile, assis ou debout, ayant un livre à la main ; il se rendait compte de ce qu'il lisait et s'en souvenait ; mais souvent ses yeux étaient fixés hors de son livre.

Il se plaisait du reste à l'asile, vivait au jour le jour et ne s'inquiétait pas de son avenir.

Vers le 15 mars, sa santé, qui jusque-là avait été très bonne, s'altéra, et il se mit à maigrir ; il perdit 7 kilos en quelques semaines ; cependant il mangeait suffisamment, ne toussait pas et ne présentait rien de nouveau à l'auscultation : il se plaignait seulement d'un peu de mal de tête. Les pupilles étaient dilatées, mais égales, la parole non embarrassée, les réflexes normaux.

Passé à l'infirmerie dans le mois d'avril, il est alité, mange peu, il a de la fièvre le soir avec rémission matinale (38°5 à 39°5 le soir, et 36°5 à 37 degrés le matin).

Le ventre est dur et rétracté ; les matières évacuées par lavement sont fétides ; les poumons sont dans le même état : respiration nulle à gauche, normale à droite,

pas de râles, submatité dans toute la hauteur du poulmon gauche. Cœur normal. Réflexes normaux.

Pas de signes fonctionnels, pas de toux, pas de crachats; il se plaint de la tête, sans pouvoir localiser la douleur. Pas de strabisme. Pupilles dilatées mais égales. Pas de photophobie.

Le poulx cependant est lent, quarante-quatre pulsations, et on observe une certaine raideur de la nuque. Il est dans un état d'apathie complète touchant à la stupeur. La langue devient sèche et se couvre d'un enduit fuligineux. Il s'affaiblit progressivement, a plusieurs syncopes, et meurt seize jours après avoir été alité.

AUTOPSIE. — L'autopsie révéla une méningite tuberculeuse de la base, accompagnée d'une distension considérable des ventricules cérébraux par un liquide séreux. Au niveau de la face inférieure du lobe frontal, les méninges sont épaissies, infiltrées de sérosité et adhérentes à la substance corticale. Plus en arrière, au niveau de l'hexagone de Willis et de la protubérance annulaire, la pie-mère épaissie forme un manchon fibreux autour des nerfs craniens et surtout du moteur oculaire commun.

A la partie antérieure de la base du cerveau, à travers les méninges épaissies et opalescentes, on voit des petites granulations de la grosseur d'un petit grain de millet. Rangées le long des vaisseaux dans le fond des sillons, elles paraissent plus nombreuses au niveau du pied de la scissure de Sylvius.

Il en existe aussi de plus grosses au niveau de la protubérance et de la partie postérieure du cervelet.

Par contre les méninges sont normales au niveau de la face convexe des hémisphères. L'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. le Dr Gombault confirma le diagnostic de méningite tuberculeuse, montra l'infiltration des méninges et de la substance corticale sous-jacente par des cellules rondes; les gaines vasculaires

sont surtout envahies et par place on trouve de petits nodules, au centre desquels est une cellule géante.

L'examen des autres viscères montra l'existence de quelques granulations au sommet du poumon droit ; le poumon gauche était ratatiné sur lui-même, ne contenant plus d'air, et était entouré d'une plèvre excessivement épaissie et fibreuse ; des tubercules crétacés se voyaient au sommet.

Pas de granulations tuberculeuses du péritoine ; pas d'ulcérations de l'intestin. Le foie, le cœur, les reins étaient normaux.

Résumé

Le sujet de cette observation, détenu à la prison de la Santé pour vagabondage, fut transféré comme mélancolique à l'asile de Vaucluse. Il présentait certains troubles mentaux constituant un état particulier qui se rapprochait beaucoup du tableau de la mélancolie, sans toutefois réaliser entièrement ce syndrome. Il était triste, taciturne, évitait ses semblables, redoutait les questions des médecins et y répondait avec brièveté et méfiance ; il manifestait un certain degré de confusion des idées. Peut-être eut-il quelques hallucinations. Mais il était surtout indifférent et apathique, réfractaire à tout effort intellectuel et physique. De pareilles manifestations psychiques sont assez fréquentes dans nos observations.

Au bout de deux mois seulement se manifestèrent les signes de la méningite (céphalalgie, constipation, ventre en bateau, raideur de la nuque)... Ils durèrent

seize jours, mais n'atteignirent jamais une grande intensité. La torpeur intellectuelle fit place alors à un véritable état de stupeur.

L'autopsie montra une méningite tuberculeuse typique localisée à la base et surtout à la face inférieure des lobes frontaux.

Cet état pseudo-mélancolique existant longtemps avant l'apparition de tout signe de méningite peut être considéré comme une manifestation prodromique à forme psychique de l'affection. Mais il ne s'agit plus ici d'un changement de caractère : c'est une véritable psychose qui nécessite l'internement du malade. Enfin il est probable que c'est sous l'influence de cet état mental que cet homme avait commis le délit qui motiva sa condamnation. Nous retrouverons d'autres observations analogues, au point de vue particulier de la médecine légale.

OBSERVATION XIV (résumée en partie).

(M. CHANTEMESSE. — *Thèse de Paris*, 1884.)

Acte inexplicable. — Torpeur cérébrale.

G..., doreur, âgé de vingt et un ans, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Rigal le 26 décembre 1882.

Antécédents héréditaires. — Plusieurs tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. — (Ces renseignements nous ont été fournis par la mère du malade). Bien que d'une constitution assez faible, n'a jamais été malade. Bon ouvrier rangé dans ses habitudes. Depuis un an son

caractère avait changé ; il était devenu irritable, sombre, et se grisait parfois, ce qui ne lui arrivait jamais auparavant. Il quitta sa mère pour aller demeurer tout seul.

Un mois environ avant le début des accidents, il entra chez un marchand de vin, but différentes liqueurs et fit ensuite appeler le patron pour lui dire *qu'il avait de l'argent et qu'il refusait de le payer*. On le conduisit au poste de police où il passa la nuit. Le lendemain il se fit réclamer par sa mère et offrit alors de payer. Du refus qu'il avait opposé la veille il ne put donner aucune explication raisonnable.

Le 17 décembre, neuf jours avant d'entrer à l'hôpital, il s'aperçoit que le pied gauche devenait lourd et qu'il avait de la peine à trainer la jambe. Le bras du même côté devint bientôt malhabile.

Le 22 décembre il est pris de céphalalgie et entre à l'hôpital après avoir gardé quelques jours le lit avec une hémiplegie incomplète du côté gauche. L'intelligence est parfaitement nette.

Le 4 janvier, G... devient très irritable dans la soirée il a une querelle avec le garçon de salle et l'injurie.

Température matin 37°4. Le soir 39°2.

5 janvier. — Température matin, 39 degrés. Obtusion intellectuelle. Les reproches adressés au malade sur sa conduite de la veille le laissent absolument indifférent. Soir 39°2. Mutisme complet.

6 et 7 janvier. — Même état de torpeur. Ni constipation, ni rétraction du ventre.

A partir de ce moment, sauf une certaine agitation dans la matinée du 8 janvier, cet état de prostration persiste. Il est difficile de tirer du malade quelques réponses intelligibles. Cependant cet état de torpeur semble un peu volontaire ; il suffit en effet de s'approcher du malade et de l'examiner pour qu'elle s'accroisse sensiblement. Il a horreur du moindre dérangement qu'on lui occasionne. Quand on s'éloigne il ouvre spontanément les yeux et regarde, il les ferme dès qu'on

s'approche. Mais bientôt cette prostration devient plus profonde et le malade meurt dans le coma pendant la nuit du 14 au 15 janvier.

AUTOPSIE. Encéphale. — A l'ouverture du crâne, les méninges semblent très congestionnées. Quelques granulations de Pacchioni font saillie à la partie antérieure.

La dure-mère incisée on constate que la partie adhérente à la faux cérébrale est assez intimement adhérente aux lèvres de la scissure inter-hémisphérique. Cette adhérence va en augmentant à mesure qu'on s'avance de la partie moyenne, pour paraître à la partie postérieure.

Voici ce qu'on constate sur les hémisphères :

Hémisphère gauche. — A la face interne quelques granulations (3 à 4) de la grosseur d'une petite tête d'épingle. La membrane sous-jacente est transparente. Tout le long de l'arête qui sépare la face interne de la face externe, existe une accumulation de petits tubercules blanc jaunâtre, confluants, constituant une petite fausse-membrane de 1 à 2 millimètres adhérente aux circonvolutions.

Cette infiltration tuberculeuse ne s'étend que sur 1 à 2 centimètres de la face externe. Celle-ci dans sa moitié antérieure présente un état un peu opalin. On y voit aussi une accumulation assez notable de petites granulations au niveau des anfractuosités et des circonvolutions. Dans sa moitié postérieure, elle ne porte aucune granulation, mais la substance cérébrale y paraît très congestionnée, et l'on voit se dessiner sur la pie-mère tous les petits vaisseaux gorgés de sang.

Hémisphère droit. — Sur la face interne le tiers antérieur et le tiers postérieur sont recouverts d'une sérosité transparente à travers laquelle on voit les arborisations vasculaires. A la partie antérieure on voit quelques granulations. Dans le tiers moyen, c'est-à-dire dans la région du lobule paracentral, dépassant cette région

de 1 centimètre en avant et en arrière, envahissant en avant la partie interne et supérieure du pied de la première frontale, en arrière s'étendant un peu sur les circonvolutions du lobule pariétal supérieur, mais plus développée, plus épaisse, plus jaunâtre au niveau même du lobule paracentral qu'elle recouvre d'une carapace de 2 ou 3 centimètres ; à ce niveau même, disons-nous, on constate la présence d'une membrane formée d'une agglomération de tubercules. En s'enfonçant vers la face interne la confluence des granulations est moindre ; elles sont relativement abondantes, mais ne constituent pas une fausse membrane.

L'épaisse fausse membrane dont nous avons parlé est très adhérente au tissu sous-jacent : quand on essaie de l'arracher, elle entraîne avec elle ce tissu qui est ramolli.

Elle s'étend sur la face externe. Au niveau de la pariétale ascendante elle est très mince et n'adhère pas. Au contraire dans toute la portion de la frontale ascendante qui donne attache à la première frontale, et jusqu'au point où vient s'insérer la première portion, elle est très adhérente. Somme toute, les lésions corticales, une fois la fausse membrane enlevée, ne sont visibles à l'œil nu, autour du lobule paracentral, que dans l'étendue de 1 centimètre. Des granulations assez nombreuses, grosses comme une tête d'épingle, se voient encore dans les anfractuosités de la première moitié du sillon de Rolando. Pour le reste de l'hémisphère, la seule lésion appréciable est un œdème du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et de la pie-mère. Cette membrane a ses vaisseaux gorgés de sang. Elle se détache assez facilement des circonvolutions sous-jacentes qui sont un peu rouges, piquetées et semblent un peu ramollies.

Face inférieure. — On constate une remarquable intégrité. La pie-mère est assez congectionnée, mais ne présente nulle part trace de tubercules.

Rien au *cervelet*, si ce n'est un piqueté assez intense à la coupe.

Toutefois en observant les scissures de Sylvius, on trouve la pie-mère adhérente aux deux faces et portant un certain nombre de granulations.

Les ventricules moyens et latéraux contiennent une très grande quantité de liquide.

Différentes coupes, en montrant la substance cérébrale très congestionnée, permettent de constater la parfaite intégrité des noyaux gris centraux.

Moelle. — 1° Face antérieure : Congestion assez intense des vaisseaux. Le renflement lombaire est diminué de longueur. La face interne de la dure-mère est légèrement dépolie et d'un aspect un peu rosé.

2° Face postérieure : Les vaisseaux sont aussi très congestionnés. Le renflement lombaire est transformé en une tuméfaction molle, retenue par la pie-mère, sous laquelle on voit sa surface d'un blanc nacré contrastant avec le reste de la moelle qui est d'une coloration rosée. Sa longueur est de 1 centimètre et demi. Au dessous la queue de cheval, avec des vaisseaux gorgés de sang. La dure-mère est rugueuse, comme chagrinée. On y voit de petites granulations presque imperceptibles. A un examen très attentif on constate en un ou deux points, à la partie inférieure du renflement cervical, deux ou trois tubercules bien nets. La dure-mère devient plus lisse à la partie inférieure.

Poumons : 1° Droit : Le lobe inférieur est très congestionné. Il est le siège d'une éruption confluyente par places de tubercules gris et transparents. L'éruption existe aussi, mais moins accentuée dans le lobe moyen. On trouve des tubercules crétacés dans le lobe supérieur ; autour d'eux, dans tout le lobe, éruption intense de petites granulations grises.

2° Gauche : Le lobe inférieur, très congestionné, contient quelques petits tubercules. Le lobe supérieur contient deux grandes dépressions qui le divisent en trois : il y existe une éruption de granulations très fines.

L'épiglotte et les cordes vocales portent des granula-

tions assez nombreuses. Petites ulcérations sur la face supérieure des cordes vocales inférieures.

Intestins. — Quelques ulcérations tuberculeuses.

Foie. — De volume normal, un peu gras ; par places quelques points jaunâtres suspects, qui semblent être des tubercules.

Rate. — Paraît saine.

Reins. — Un peu gros et un peu gras.

Double eschare du *sacrum*.

Ulcérations tuberculeuses à *l'an*us.

Résumé

Nous avons résumé à regret la partie clinique de cette remarquable observation de méningite tuberculeuse qui se traduisit à la fois par des signes moteurs et des symptômes mentaux. Nous n'avons retenu que ces derniers : ils offrent bien des similitudes avec ceux de l'observation précédente : changement de caractère durant depuis longtemps ; taciturnité, amour de la solitude, irritabilité, acte délicieux inexplicable.

La période d'état de la méningite débuta ici par une hémiplégie gauche qui s'installa peu à peu. Après quelques jours de lucidité les perturbations mentales recommencèrent à tenir une place importante : ils s'annoncèrent par une courte période d'agitation, bientôt suivie d'un état d'obnubilation intellectuelle, d'indifférence, de *torpeur un peu volontaire*, dans laquelle le malade cherche un refuge pour éviter d'être dérangé.

L'autopsie montra une plaque de méningite tuberculeuse située sur le lobule paracentral et à la partie supérieure de la zone fronto-pariétale. Quelques rares granulations étaient semées sur d'autres parties de la convexité. Intégrité de la base. Lésions tuberculeuses de la moelle.

Notons à propos de cette observation que la coexistence des phénomènes mentaux et de certains troubles moteurs peut être d'un grand secours pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XV

(M. SERGIU. — *Thèse de Paris*, 1866.)

Idées de persécution. — Stupeur.

Madeleine L..., âgée de trente-deux ans, entre le 10 avril 1864 à l'hôpital. La mère (?) de la malade donne sur elle les renseignements suivants : depuis deux mois environ, on remarquait chez elle des troubles de l'intelligence sans que sa santé parut altérée. Elle accusait sa famille de vouloir se débarrasser d'elle. Le père et la mère sont morts vieux ; elle-même a joui toujours d'une bonne santé ; elle ne boit pas. Le mardi matin, 29 mars, on la trouva dans sa chambre, à bas de son lit, ayant perdu connaissance. Pendant deux heures environ elle ne rouvrit pas les yeux, puis elle reprit connaissance, prononça quelques paroles, mais sans qu'on put la comprendre.

Pendant trois jours elle resta dans le même état, sans que l'on ait pu remarquer aucune paralysie. Ses mains, surtout la gauche, étaient agitées de petits mouvements de préhension. La sensibilité cutanée avait paru aug-

menter. Elle n'allait pas à la selle : elle n'a pas de vomissements. Cet état se prolongeant, elle fut amenée à l'hôpital le 10 avril.

Lors de son entrée on trouva une femme dans la stupeur, les yeux grands ouverts, les pupilles assez immobiles, plutôt contractées ; la lumière ne semble pas lui produire une impression douloureuse. La tête est fortement inclinée du côté droit sur l'épaule ; les mouvements pratiqués pour la redresser déterminèrent une vive douleur qui fit faire grimace et crier la malade. Il est difficile de l'asseoir et la colonne cervicale présente beaucoup de raideur. Elle n'a pas vomi. Elle avale bien sans s'étouffer ; aucune paralysie des membres ne semble exister ; si on vient à la pincer, chaque membre se retire avec assez de force et de vivacité ; la sensibilité paraît être exagérée, surtout au bas des cuisses, où la moindre pression détermine une grimace douloureuse. Elle n'a pas été à la selle ; elle ne tousse pas, et l'auscultation de la poitrine ne fait constater aucun signe morbide de ce côté-là. Le ventre est souple et normal ; la tache cérébrale est assez manifeste.

Le lendemain, 2 avril, pas de vomissement. La parole est un peu revenue ; elle paraît comprendre ; elle a une sorte de délire gai ; les autres symptômes persistent avec la même intensité. Le soir, même état. Elle meurt à 11 heures.

AUTOPSIE. — Trente-six heures après la mort. Les méninges sont infiltrées et épaissies. Ça et là sur la convexité et dans les scissures surtout, appendues aux vaisseaux, se trouvent de nombreuses granulations d'une extrême ténuité ; deux seulement sont plus volumineuses et se trouvent à la partie inférieure du lobe postérieur droit ; les ventricules sont dilatés et remplis de liquide transparent ; sur la membrane interne de ces cavités, sur la toile choroïdienne se trouvent encore de très nombreuses granulations extrêmement fines ; la voûte à trois piliers est très ramollie ; en quelques

endroits la substance grise périphérique présente aussi une consistance moindre qu'à l'état normal.

La moelle épinière elle-même présente aussi quelques granulations bien distinctes.

Les deux poumons sont criblés de granulations miliaires.

Cœur gros.

Rate et foie ont leur substance parsemée de granulations. Nulle part ailleurs de tubercules.

Résumé

Des troubles de l'intelligence et des idées de persécution très nettes précédèrent ici de deux mois le début de la maladie. Celle-ci commença par une attaque apoplectiforme, après laquelle la patiente resta plongée dans un état de stupeur profonde qui ne fut interrompu, quelques heures avant la mort, que par une sorte de délire gai. Quelques troubles de la sensibilité, de la constipation et de la raideur de la nuque furent à peu près les seuls symptômes observés. L'évolution fut très rapide : la malade mourut cinq jours après l'ictus.

Des formes analogues de méningite tuberculeuse ont été étudiées déjà par Chantemesse (1), Lyonnel-Méloir (2), G. Landel (4), Monnier (4), mais princi-

1. CHANTEMESSE, *loc. cit.*

2. LYONNEL-MÉLOIR. *Etude sur la forme épileptique de la m. tub.* Paris, 1888.

3. G. LANDEL. *Cont. à l'étude de la m. tub. de l'adulte.* Paris, 1896.

4. MONNIER. *M. tub. à forme torpide.* Paris, 1899.

palement au point de vue des symptômes moteurs.

OBSERVATION XVI

(M. CHANTEMESSE. — *Thèse de Paris*, 1884.)

Acte délictueux. — Incohérence

David V..., âgé de dix-huit ans, estampeur, était détenu à la prison de la Santé depuis le 10 octobre 1873. Dès les premiers jours de son incarcération, ses co-détenus avaient remarqué que sa raison n'était pas parfaitement saine, et cet état, loin de s'améliorer, s'accroissait insensiblement chaque jour. Dès les premiers jours de novembre, il commença à se plaindre de maux de tête qui l'amènèrent à diverses reprises à la visite du matin, mais ne furent pas jugés assez sérieux par le médecin de la maison pour le faire admettre à l'infirmerie.

Quatre jours avant son entrée à l'infirmerie, le gardien de nuit dont l'attention avait été attirée par sa respiration bruyante et ses plaintes, pénétra dans sa cellule avec l'infirmier-major et le trouva debout se promenant avec agitation. A sa vue il s'arrêta et lui demanda : « Que venez-vous faire ici ? je ne vous ai pas appelé » ; puis il lui tourna le dos et continua sa promenade les yeux fixés à terre, se parlant à lui-même et gesticulant comme en proie à une vive préoccupation. Le gardien lui demandant s'il était malade, s'il souffrait, il lui répondit qu'il se portait parfaitement et n'avait que faire de sa présence.

Le lendemain et le surlendemain la même scène se produisit, à la suite de laquelle on dut le faire entrer à l'infirmerie de la maison. Il était fort abattu et courbaturé. On le soupçonnait, et probablement avec raison, de se livrer à l'onanisme. Il ne s'était jamais plaint de tousser et ne crachait pas du tout.

Les jours suivants la méningite tuberculeuse cérébro-spinale évolua suivant le type commun, sauf qu'on nota l'absence de vomissements et de ralentissement du pouls.

AUTOPSIE. — Méningite cérébro-spinale avec granulations, exsudats fibrino-purulents et hydrocéphalie ; tuberculose aiguë d'autres organes.

Résumé

Observation à rapprocher des trois précédentes au point de vue des troubles graves de l'intelligence survenant très longtemps avant l'éclosion de la méningite. Nous n'avons malheureusement que peu de détails sur la nature de ces troubles : il semble qu'il y ait eu une succession de phénomènes d'excitation et de dépression. Au point de vue médico-légal ce cas présente un grand intérêt, et nous le rappellerons en temps opportun.

OBSERVATION XVII

(M. SERGIU. — *Thèse de Paris*, 1866.)

Exaltation. — Prolixité. — Affaiblissement intellectuel.

Le nommé M... (Et.-J.), âgé de quarante-trois à quarante-huit ans, au dire du malade (cet homme paraît beaucoup plus âgé qu'il ne le dit) ouvrier ciseleur, entre le 4 juin 1863.

A l'examen il présente l'état suivant : la figure avait un singulier cachet d'exaltation ; pouls lent, 65 pulsa-

tions par minute ; pas de fièvre ; la langue un peu sale. Le malade se plaint de fatigue générale, et surtout dans le pied droit ; il a du reste une déformation congénitale de ce côté. Il racontait ses malheurs, la perte de sa femme trois ans auparavant, la difficulté qu'il avait à élever ses trois enfants, enfin il accusait une grande fatigue qui l'empêchait de travailler : il n'avait besoin, disait-il en riant, que de se reposer quelques mois à l'hôpital. Dans toutes les réponses on remarque une exaltation qui prouve le non-intégrité de son intelligence. Le lendemain, 5 juin, le malade avait la peau chaude, mais le pouls lent, 60 pulsations. Les réponses n'étaient pas aussi claires que la veille ; il parlait toujours de ses malheurs et de ses enfants. Il accusait une faiblesse des membres, une diminution sensible de la force musculaire. La journée fut calme : cependant le soir, vers 6 heures, il voulut se lever pour aller à la fenêtre ; on fut obligé de le recoucher et de l'attacher.

Samedi 6 juin. — Le malade est plus abattu, somnolent : il répond difficilement ; la parole est très embarrassée ; les paupières sont abaissées, et il semble être désagréablement impressionné par la lumière. Strabisme ; pas de fièvre ; pouls 60 pulsations. Hémiplegie droite. Constipation. Miction involontaire.

7 juin. — Etat grave, extrémités froides, râle trachéal bruyant, pouls 114 pulsations. Le coma s'installe.

Mort le 8 juin.

AUTOPSIE le 10 juin. — Veines des méninges gorgées de sang. Lobes cérébraux recouverts dans toute leur étendue d'une couche de liquide emprisonnée dans les mailles du tissu arachnoïdien : la teinte était laiteuse. Sur plusieurs points on trouvait des granulations tuberculeuses, notamment sur les vaisseaux de la scissure de Sylvius. La substance cérébrale présente un piqueté léger et une dilatation marquée des ventricules.

Dans les poumons cavernes anciennes. Granulations miliaires tuberculeuses.

Foie : cirrhose alcoolique.

Rein gauche et testicules : tubercules ramollis.

Moelle épinière : surtout dans sa portion cervicale, elle participe aux lésions décrites dans l'encéphale ; elle est remarquable surtout par une teinte rouge foncé très intense ; on y rencontre aussi des granulations ; mais deux, entre autres, présentent le volume d'une tête d'épingle.

Résumé

Cette méningite tuberculeuse n'eut d'abord d'autre manifestation physique qu'une sensation générale de fatigue analogue à celle qu'éprouvent les neurasthéniques. Comme certains de ceux-ci il se prêtait volontiers aussi, et même avec prolixité, à raconter ses maux et ses malheurs. On remarque en même temps une certaine exaltation, quelques troubles de l'intelligence et probablement de la mémoire. Ce n'est que deux jours avant sa mort que l'on observa une symptomatologie, d'ailleurs fruste, de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XVIII

(M. JUVIGNY. — *Thèse de Paris*, 1886.)

Changement de caractère. — Délire furieux puis érotique.

M. X..., docteur en médecine, âgé de quarante-trois ans, n'offre pas d'antécédents héréditaires suspects.

Né de parents nerveux, il offre le type accompli du cérébral intelligent.

En 1869, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec accidents cérébraux. Depuis cette époque excellente santé. Marié en 1868 à une femme morte en 1876 de tuberculose pulmonaire, il a eu de son premier mariage quatre enfants qui sont assez bien portants.

Marié pour la seconde fois en 1879, il a eu deux enfants. L'aîné est mort dans la première enfance d'accidents méningés. Le second, né deux mois avant la mort de M. X..., est une petite fille très nerveuse et très précocce.

Vers le milieu de l'année 1882, M. X... présente des modifications très sensibles de son caractère. Il était jusqu'alors très affable et très aimable. Il devient irascible et jaloux, cherche à éviter les personnes qu'il aimait le plus.

Il continue malgré cela à donner dans une grande entreprise des preuves d'une intelligence remarquable: et de temps en temps il recouvre pour quelques jours son affabilité d'autrefois. On a retrouvé dans la suite des preuves de l'incohérence qu'il montre dans ses affaires personnelles, pour la plupart conduites avec beaucoup de soins, quelques-unes au contraire réglées de façon bizarre.

Les modifications signalées s'accroissent dans les premiers mois de l'année 1883.

Amaigrissement très notable. Douleurs d'estomac, nausées, vomissements très pénibles survenant sans raison et résistant à tout traitement. Altération des traits. Céphalalgie fréquente.

Dimanche 6 avril 1883. — M. X..., à différentes reprises dans le milieu de la journée et pendant le repas, interrompt une conversation sérieuse et sensée pour placer une phrase dépourvue de sens. Il demande tout à coup si on le prend pour un fou, puis il bégaye, semble

s'apercevoir de son absence et reprend la conversation naturelle.

De dix heures à minuit, il s'enferme dans son cabinet, brûle de nombreux papiers, puis rentre chez lui et prévient sa femme qu'il souffre d'un violent mal de tête et qu'il va probablement être très malade. Il lui adresse même quelques recommandations très précises.

A trois heures du matin, il est pris d'un délire furieux, brise ce qu'il trouve à sa portée, veut étrangler sa femme et on arrive à grand'peine à le maintenir.

Deux médecins des hôpitaux, qui le connaissaient depuis longtemps, sont appelés auprès de lui. Ils croient à de la manie aiguë et parlent de le faire enfermer. Devant les résistances de la famille, on le garde à vue, chez lui. D'ailleurs il ne cherche pas à s'enfuir, il reste dans son lit avec un délire de paroles accompagné de mouvements carphologiques qui vont s'accroissant de plus en plus. Ce délire est presque constamment érotique. Il est souvent accompagné d'attouchements obscènes. Il n'est que fort peu calmé par le chloral à haute dose. Constipation opiniâtre.

Le 10 avril il est vu par M. le professeur Vulpian qui se prononce en faveur d'une méningo-encéphalite de nature tuberculeuse. Il ordonne l'application d'une vessie de place sur la tête. Le malade se plaint surtout, et avec insistance, d'une douleur très vive, continue, dans les régions frontale et occipitale.

Il semble ne reconnaître que très vaguement les personnes qui l'entourent.

Il ne répond aux questions que par des phrases dépourvues de sens.

Le 13, il tombe dans un état semi-comateux dont il paraît sortir le 15 avec une amélioration sensible. Son délire est moins violent, mais constant. Il semble reconnaître un peu mieux les personnes qui l'entourent. Pas d'inégalité pupillaire. Papières mi-closées. Vue très sensible à la lumière. Pouls lent. Température 38 degrés.

Le 16, le mieux persiste, mais M. X... présente de la dyspnée ; une élévation considérable de la température : 40 degrés.

A l'auscultation on trouve une congestion pulmonaire très accentuée à droite.

Application d'un vésicatoire.

Le 18 la dyspnée s'accroît.

Le 19 le malade retombe dans le coma et meurt le 21 sans avoir présenté aucun autre phénomène particulier ni du côté de la motilité, ni du côté de la sensibilité, si ce n'est un peu d'hyperesthésie cutanée et musculaire, et une raideur assez marquée des muscles du cou et de la nuque. Les jambes sont restées presque constamment repliées.

L'AUTOPSIE n'a pu être faite.

Résumé

« Nous-trouvons nous dans ce cas en face d'une méningite de nature tuberculeuse ? ajoute l'auteur. M. Vulpian l'a cru et les médecins présents se sont rangés à son avis.

« Il s'agit d'ailleurs d'une forme très bien étudiée dans le travail de M. Chantemesse sous le nom de forme délirante avec prodromes très nets. L'intérêt de l'observation réside dans les prodromes, le mode de début qui a permis de penser à la manie aiguë, la période d'état constituée presque uniquement par un délire un peu spécial. »

Il est probable en effet que nous nous trouvons ici en présence d'un cas de méningite tuberculeuse. Les modifications du caractère, l'amaigrissement,

les vomissements, la constipation, la céphalalgie, le délire, la corphologie, la raideur de la nuque, la photophobie, le signe de Kernig, le pouls lent et la température plaident en faveur de cette hypothèse. Pour ces raisons, nous avons enregistré cette observation malgré l'absence d'autopsie.

Notons que ce malade, qui était un nerveux issu de nerveux, avait en outre une prédisposition marquée à la forme mentale de la méningite puisque quelques années auparavant il avait eu un rhumatisme articulaire aigu avec accidents cérébraux.

Nous retrouvons ici encore un groupe de signes déjà maintes fois signalés : le malade devient irascible, jaloux, cherche à éviter les personnes qu'il aimait le plus. Ajoutons à ce sujet que DAREMBERG (1) rapporte plusieurs observations qui se rapprochent beaucoup de celle-ci, mais que nous n'avons pas reproduites dans ce travail pour éviter le plus possible les cas dépourvus d'autopsie.

Enfin le délire par sa violence, sa longue durée et sa tendance à la systématisation fut de beaucoup la manifestation la plus imposante de l'affection et faillit provoquer des actes criminels ainsi que l'internement du malade.

1. DAREMBERG. *Archives générales de médecine*, 1883.

OBSERVATION XIX

(M. JOSIAS. — *In* thèse de M. CHANTEMESSE).

Délire aigu. — Obtusion cérébrale.

Le nommé L..., âgé de vingt-sept ans, entré le 3 janvier 1883 dans le service de M. le professeur Hardy. Pris de délire depuis quatre jours, il est amené à l'hôpital par un de ses camarades.

D'après les renseignements qui peuvent être ultérieurement recueillis, il semble que ce malade était bien portant le 31 décembre 1882, puisqu'il a pu faire à cette époque son service de facteur. Il paraîtrait même que cet homme avait une existence très réglée, très sobre, et n'aurait à aucun moment présenté de bizarreries de caractère. Toutefois le 1^{er} janvier son camarade, étonné de ne pas l'avoir vu le matin comme d'habitude, se rendit dans sa chambre et l'y trouva couché en proie à un délire continu.

Lorsque ce malade se présenta à la consultation, il était chancelant et soutenu par son camarade ; son visage était égaré, et ses mains toujours en mouvement semblaient chercher dans le vide des objets imaginaires. Pensant à une fièvre typhoïde possible, nous le reçûmes, et le soir, à la contre-visite, nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Durant l'après-midi, il n'avait cessé de délirer et de s'agiter. Le facies est égaré, les yeux légèrement excavés, les joues affaissées, les lèvres humides, non fuligineuses. Pas de déviation des traits de la figure. Langue humide, saburrale. Pas de vomissements ni de selle. Abdomen aplati, très douloureux à la palpation. Pas de gargouillements ni de taches rosées lenticulaires.

Foie et rate. — Normaux.

Poumons. — Sonorité partout. Pas de souffle ni de

rales. L'auscultation est difficile en raison des cris que profère le malade, surtout lorsqu'on le met sur son séant.

Cœur. — Les battements sont normaux.

Les réflexes plantaires et tendineux sont conservés, peut-être exagérés. Hyperesthésie cutanée et musculaire. Quelle que soit la région musculaire que l'on comprime le malade pousse des cris plaintifs.

Les mains sont souvent en mouvement sur le lit où elles semblent chercher un objet imaginaire.

La température est normale 37°4.

Traitement. — Lavement avec 40 grammes de sulfate de soude. Six sinapismes sur les membres inférieurs.

4 janvier. — Même état d'hébétude, d'inconscience. Le malade, pressé de questions, répond, mais vaguement à quelques-unes. Il a déliré toute la nuit mais sans agitation. Pupilles également dilatées. L'hyperesthésie musculaire persiste ainsi que l'hyperesthésie cutanée. Légère diminution de la sensibilité à la douleur dans tout le côté gauche. Le pouls est régulier à 68. Température 37°2

Traitement. — Six ventouses scarifiées à la nuque.

Soir. — Même état. Constipation. Pouls 76. Température 37°4. Prescription de deux verres de Sedlitz pour le lendemain.

5 janvier. — Le malade semble d'abord mieux répondre aux questions, mais il ne tarde pas à divaguer. Hyperesthésie musculaire persistante. Somnolence. Selles involontaires. Raies méningitiques. Pupilles normales. Pas de vomissements. Pouls régulier 88. Température 39 degrés.

Soir — Même état. Pouls 100. Température 39 degrés.

6 janvier. — Le malade répond à quelques questions, se plaint de céphalalgie, puis se contredit dans ses réponses. Obtusion cérébrale ; subdélire. Les pupilles sont inégales ; la gauche est moins dilatée que la droite. Pas

de strabisme. Le pouls est fréquent, régulier à 120. La température 38°4.

Soir. — Même état. Fièvre intense. Pouls 144. Température 38°8.

Traitement. — Vésicatoire à la nuque. Calomel.

7 janvier. — Le pouls est petit, régulier à 116. Température 37°8. Le malade est couché sur le côté gauche, la tête inclinée sur l'épaule gauche : les yeux sont légèrement excavés, les joues colorées : les pupilles dilatées, la droite d'une façon plus marquée que la gauche. Le malade se plaint d'une céphalalgie frontale. La langue est humide, saburrale, rose à la pointe et sur les bords. Pas de vomissements. Selles et mictions involontaires. Abdomen de plus en plus aplati, excavé. Absence de taches rosées. Hyperesthésie musculaire très marquée. Pas de matité splénique.

Poitrine. — Sonore en avant, rien d'appréciable à l'auscultation. En arrière, respiration affaiblie aux sommets, mais sans souffle et sans râles.

Cœur. — Normal.

Soir. — Pouls 92. Température 38°4.

8 janvier. — Pouls 72. Température 38°4.

Face congestionnée. Obtusion cérébrale persistante. Ventre en bateau. Hyperesthésie cutanée et musculaire. Raies méningitiques. Pupilles inégales. Langue sèche. Selles et mictions involontaires. Urine contenant de l'albumine.

Traitement. — Eau-de-vie allemande : 15 grammes.

10 janvier. — Paralysie faciale du côté droit.

La narine droite est affaissée. La commissure labiale gauche est notablement déviée, surtout lorsque le malade pousse des cris, ce qui a lieu toutes les fois qu'on le touche : l'occlusion des paupières de ce même côté droit est impossible. Dilatation de la pupille droite. Hyperesthésie. Raies méningitiques.

Rétention d'urine. La vessie apparaît sous une forme

globulaire au niveau de la région hypogastrique. L'urine contient une notable quantité d'albumine.

Le pouls est régulier à 124, la température 38°6.

Soir. — Pouls à 120. Température 38°8.

11 janvier. — Délire, agitation. Verbiage continu, Paroles rapidement prononcées, incohérentes. Rétention d'urine.

Pouls régulier à 140. Température à 38°6.

Soir. — Refroidissement des extrémités, sueurs abondantes. Hoquet. Strabisme convergent de l'œil gauche. Rétention d'urine. Le cathétérisme fait découvrir deux rétrécissements ; une petite sonde en gomme et laissée en place durant deux heures environs (trois urinoirs). Le pouls est régulier, moins fréquent à 80. Température 38 degrés.

12 janvier. — Délire persistant ; paroles incohérentes. Agitation moins marquée. Paralysie faciale supérieure et inférieure bien manifeste à droite lorsque le malade crie. Disparition du strabisme. Dilatation excessive des deux pupilles. Hyperesthésie, raies méningitiques à durée prolongée. Pas de paralysie des membres. Rétention d'urine et constipation.

Le pouls est régulier, faible à 80.

Traitement. — Iodure de potassium : 2 grammes.

A midi. Pouls très régulier filiforme refroidissement des extrémités. Sueurs abondantes à la face. Le malade a un vomissement noir marc de café. Râle trachéal. Température 39 degrés.

A 1 heure, mort sans convulsions.

AUTOPSIE. — Quarante-huit heures après la mort.

Encéphale. — Les méninges sont très congestionnées. Vu par la base le cerveau présente, au niveau du chiasma des nerfs optiques, de la face antérieure du bulbe et de la partie la plus postérieure de la face inférieure des lobes frontaux, au niveau de la scissure antérieure, un exsudat fibrino-purulent gris jaunâtre. Cet exsudat se prolonge jusqu'à la naissance de la scissure de Syl-

vius des deux côtés. Sur les parties latérales de la protubérance, cet exsudat fibrineux contient dans ses mailles de la sérosité. Sur la face inférieure du lobe frontal droit, on trouve au niveau du sillon qui sépare la première circonvolution de la deuxième, trois points blancs nacrés, ayant la dimension d'une tête d'épingle (granulation tuberculeuse). Rien d'appréciable sur la face inférieure du lobe frontal gauche, ni sur la face inférieure des lobes sphéno-occipitaux. Dans la scissure de Sylvius du côté droit, l'artère sylvienne est parsemée de points blancs jaunâtres qui peuvent aussi bien être dus à des granulations tuberculeuses qu'à des exsudats fibrineux. Dans la scissure de Sylvius gauche, même exsudat fibrino-purulent masquant l'artère sylvienne à la façon d'un pont. Au niveau de la scissure parallèle les divisions de la sylvienne sont parsemées de traînées grisâtres. Sur la face externe de l'hémisphère droit, on voit çà et là entre les circonvolutions, sur le trajet des vaisseaux, des traînées et des points également blancs, grisâtres.

Au confluent d'un certain nombre de circonvolutions, il existe un peu d'œdème sous-arachnoïdien. De chaque côté de la scissure inter-hémisphérique, on ne trouve pas d'exsudat ni de granulations manifestement appréciables.

Cavité abdominale. — Les circonvolutions intestinales sont parsemées d'arborisations. Pas d'inflammation du péritoine.

Cavité thoracique. — Adhérences pleurales complètes à gauche et à droite au niveau du sommet et de la base sur la face postérieure.

Poumon droit. — A la coupe, on trouve au sommet un semis de granulations grises. Tout à fait au sommet, cavernule remplie de muco-pus à consistance caséeuse. Le lobe inférieur est congestionné et présente quelques granulations.

Poumon gauche. — A la coupe, le lobe supérieur est

parsemé de granulations grises. Tout à fait au sommet, on voit une caverne pouvant contenir une petite noisette et remplie d'un liquide sanieux couleur chocolat. Congestion du lobe inférieur.

Cœur. — Normal.

Foie, rate. — Normaux.

Rein gauche. — Pâle, décoloré. Poids 145 grammes.

Rein droit. — Egalement décoloré, Au niveau d'un des calices, on trouve une dilatation manifeste et un contenu jaunâtre rappelant l'aspect de la graisse, adhérent aux parois de la cavité ; le grattage avec le couteau permet d'en extraire un liquide sanio-purulent. Poids 150 grammes. Rien du côté *du testicule* ni de *l'épididyme*.

Résumé

Un délire violent, s'installant chez un individu en apparence bien portant et qui n'avait présenté les jours précédents aucun changement de caractère, marque ici le début de l'affection. Certaines particularités purent laisser penser à un délire survenant au début d'une fièvre typhoïde. Mais la température était normale. Pendant cinq jours il persiste en ne s'accompagnant guère au point de vue somatique que d'hyperesthésie cutanée et musculaire. Au bout de ce laps de temps seulement apparurent la céphalalgie, les phénomènes oculaires, l'hyperthermie et la fréquence du pouls. Dans la suite d'autres signes positifs de méningite s'installèrent ; mais le délire constitua la manifestation la plus dramatique de la maladie, jusqu'à la mort qui survint douze jours après le début des accidents.

OBSERVATION XX

(M. GEFFRIER, *in* thèse de M. CHANTEMESSE).

Délire aigu

L..., âgé de vingt ans, employé aux finances, est amené le 16 mars 1883 dans le service de M. Milliard, salle Saint-Louis, lit n° 19.

Trois jours avant son entrée, le malade est allé à son bureau où il a pu travailler ; le soir on l'a ramené chez lui, il avait du délire ; mais nous n'avons aucun renseignement sur ce qui s'est passé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le matin du 16 mars.

Il porte des traces de scrofule ancienne et récente. Il y a au côté droit du cou un engagement ganglionnaire considérable.

Il arrive avec un délire excessivement violent qui se prolonge jusque vers 1 heure après midi ; puis il tombe dans un état de torpeur qui aboutit bientôt au coma le plus complet.

Dans la matinée on constate, malgré son agitation, qu'il existe quelques râles dans les deux côtés de la poitrine. Le ventre est rétracté, sensible à la pression, sans taches rosées leuciculaires. Pas de vomissements. Il se plaint de la tête.

La température est à 38 degrés, le pouls à 112.

Le même jour à 4 heures du soir on le trouve dans le coma en état de résolution complète. Il n'y a pas eu de garde-robe, malgré l'administration de 30 grammes d'huile de ricin. Incontinence d'urine.

Les pupilles sont égales, dilatées toutes deux, et insensibles à la lumière.

La tache méningitique se produit facilement et persiste longtemps.

Il pousse par moment de grands soupirs en dehors desquels la respiration est si faible qu'on l'entend à peine à l'auscultation ; la sonorité de la poitrine est normale.

Pas de bruits morbides au cœur. Pouls à 80.

Vers 6 h. 1/2 il est pris d'une sorte de râle trachéal accompagné de hoquet ; on s'aperçoit qu'il rend par la bouche un peu de sang spumeux.

Mort à 7 heures du soir.

AUTOPSIE, le 18 mars, trente-huit heures après la mort.

Poumons. — Granulations tuberculeuses aux deux sommets.

Encéphale. — Congestion très intense de la pie-mère à la convexité. A la base on trouve une diffusion sanguine en nappe, du sang noirâtre coagulé formant dans l'épaisseur de la pie-mère une couche d'une épaisseur moyenne de 2 millimètres. Cette couche d'infiltration sanguine s'étend d'avant en arrière depuis le chiasma des nerfs optiques jusqu'au sillon bulbo-protubérantiel, dans le sens transversal d'un lobe sphénoïdal à l'autre. On ne voit pas de granulations tuberculeuses le long des vaisseaux ; il est vrai de dire que s'il y en a, elles peuvent passer facilement inaperçues au milieu de cette infiltration hémorragique.

A la convexité on voit une seule granulation d'apparence tuberculeuse sur une branche artérielle émanée de la sylvienne.

Sur une coupe de la protubérance on voit que l'infiltration sanguine n'est pas limitée à la pie-mère, mais pénètre dans toute l'épaisseur du pont de Varole sous forme de traînées qui semblent suivre la direction des vaisseaux et sont produites par du sang coagulé noir. Entre ces traînées se trouve un pointillé hémorragique uniforme, à grains très rapprochés. Cette lésion occupe toute l'étendue de la protubérance.

Le vermis supérieur du cervelet présente une lésion

absolument semblable, seulement les traînées formées par les caillots cruoriques occupent l'interstice des lamelles.

Les pédoncules cérébraux et les pédoncules cérébelleux supérieurs ne forment qu'une bouillie diffluite au milieu de laquelle on voit de nombreux petits caillots. Cette lésion s'étend à toute la partie inférieure et postérieure des deux couches optiques et à la portion du lobe sphénoïdal qui avoisine la fente de Bichat ; elle existe aussi, mais moins prononcée, à la partie la plus postérieure de la face inférieure du lobe frontal.

Dans la région la plus externe du corps strié, on voit des lacunes périvasculaires d'où il semble que des caillots se soient détachés pendant la coupe.

Résumé

Cette observation ne se différencie de la précédente que par la durée moins longue de la maladie, sa marche plus aiguë, et la moindre importance des signes somatiques qui ne se montrèrent qu'au dernier moment. Le délire éclata subitement chez un individu occupé à son travail habituel. Il dura trois jours et fit place à un coma profond qui précéda la mort de quelques heures à peine.

Il existait des granulations discrètes des méninges et une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Dans ces deux observations le délire, à part sa violence, n'eut rien de bien caractéristique au point de vue mental. Mais il constitua le seul symptôme de la maladie pendant presque toute la durée de l'observation XX et pendant une grande partie de

celle de l'observation XIX. Enfin son intensité et sa continuité n'avaient rien de commun avec l'intensité et la continuité du délire ordinaire des méningites tuberculeuses.

OBSERVATION XXI

(M. COMBEMALE. — *In* thèse de M. BRETON. Lille, 1897.)

Delirium tremens. — Accidents choréiformes.

Le nommé Louis Q..., trente-trois ans, ouvrier maçon entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Combemale, salle Sainte-Madeleine, n° 3, le 2 avril 1897.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort à l'âge de soixante et un ans d'apoplexie cérébrale. Mère morte d'infection puerpérale.

Antécédents personnels. — N'avait jamais été malade avant l'affection actuelle. Père de quatre enfants bien portants, deux enfants morts en bas âge de convulsions. Pas de syphilis. A fait de nombreux excès de boissons sollicité à boire par les fatigues de sa profession.

Histoire de la maladie. — Au commencement de l'hiver 1895, à la suite d'un refroidissement, il se met à tousser, perd ses forces et son appétit, maigrit, transpire la nuit. Un médecin lui donne de la créosote et un traitement approprié, et au bout de quelques mois le malade a repris toute l'apparence d'une bonne santé.

En septembre 1896 il se remet à tousser comme l'hiver précédent, est pris de points de côté, de fièvre; il perd l'appétit et maigrit considérablement. Toutefois, vers la fin de février 1897, il n'avait pas encore interrompu son travail et se trouvait assez résistant pour faire la besogne fatigante de maçon.

En mars 1897 la maladie s'aggrave ; la toux devient incessante, les forces disparaissent, et le malade épuisé par des hémoptysies et la fièvre se décide à se reposer. Voici ce que donne alors l'auscultation :

En avant, respiration rude et soufflante aux deux sommets ; quelques craquements humides à la toux au sommet gauche ; en arrière au sommet gauche, souffle amphorique et gargouillements, submatité, pectoriloquie aphone, râles humides nombreux ; en arrière au sommet droit, respiration soufflante, humée ; craquements disséminées dans toute la hauteur.

En un mot lésions caractéristiques de la tuberculose pulmonaire à la deuxième période à droite, à la troisième période à gauche.

A la fin de mars, pour un fait délictueux, il est renvoyé d'une société de secours mutuels qui lui avait assuré jusqu'à présent des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi qu'une subvention quotidienne. Ce renvoi lui sert de prétexte à des excès de boissons, et le malade passe plusieurs nuits au cabaret, à la suite desquelles il rentre chez lui en état d'ivresse.

Au bout de quelques jours de pareille vie, il est pris de tremblements des mains, des membres inférieurs, de vertiges, de pertes de connaissances momentanées ; il a besoin d'un aide pour le soutenir dans la rue. C'est dans ces conditions qu'il se présente à la consultation de la Charité le 2 avril 1897 afin de se faire soigner dans les salles.

A la consultation le tremblement des mains, les secousses musculaires et fibrillaires multiples, l'étrangement du regard, la perte de mémoire, le désordre des idées, la confusion mentale, cette titubation attirent l'attention des médecins et, sans porter plus loin l'examen, on croit avoir affaire à un cas de delirium alcoolique.

Le malade entre à l'hôpital le même jour, vers 3 heures de l'après-midi, dans un état d'agitation extrême ; sa nuit est mauvaise ; il a du délire et des cauche-

mars. Le lendemain à la visite, on l'examine en détail. La poitrine est difficilement auscultable ; elle est couverte de râles de toutes natures qui dissimulent les lésions véritables (sibilants, soufflants, sous-crépitants, craquements) ; en certains endroits souffle rude, parfois amphorique ; submatité aux sommets. Les bruits du cœur ne peuvent pas être perçus.

Pendant cet examen le malade est très agité. Il a absolument l'aspect d'un choréique, il a une incoordination motrice absolue ; le malade parvient à avancer en faisant de grandes oscillations, en essayant de s'accrocher aux meubles et en gesticulant. Il lui est impossible de rapprocher les talons et de se tenir sur un pied. Les membres inférieurs sont le siège de fléchissements soudains et de secousses musculaires ; même incoordination des membres supérieurs ; tremblements d'ordre choréique, parfois rythmés de la façon la plus manifeste. Le malade n'arrive à porter un verre à sa bouche qu'après de longues pérégrinations.

Les muscles de la face, des paupières, de la nuque et du tronc, sont le siège des mêmes phénomènes choréiques. En un mot, il s'agit d'une folie musculaire complète et généralisée. La parole est entrecoupée et parfois inintelligible ; la face est grimaçante et profondément obnubilée. Q... paraît ne pas comprendre ce qu'on lui demande, répondant mal à l'interrogatoire qu'on lui fait subir. Par instant la mémoire lui manque et il n'est plus capable d'attention. Du côté des yeux on observe un degré très avancé de strabisme interne de l'œil gauche.

Sensibilité peu modifiée, diminuée ou retardée par places plutôt qu'exaspérée. Pas de troubles appréciables du poulx, pas de vomissements, appétit nul, constipation, urines rares et foncées, pas d'albuminurie, pas d'œdème.

La seconde nuit que le malade passe à l'hôpital est encore plus agitée que la précédente. Délire continuel,

cris inarticulés, vociférations. Pendant cette nuit on voit apparaître des phénomènes convulsifs durant une demi-heure en moyenne et se reproduisant toutes les heures ou toutes les deux heures.

Ces convulsions étaient généralisées, frappant successivement la tête, le tronc et les membres. Dans l'intervalle de ces accès convulsifs, le tremblement rythmé choréïque persiste, s'exagérant par instants.

Le lendemain à la visite on trouve le malade dans le stertor, ne répondant plus aux questions. La respiration est ronflante et souvent à type de Cheyne-Stockes. Des râles paralytiques couvrent toute la poitrine.

Face pâle, myosis très accentué. Gâtisme, mictions et défécations involontaires.

Apparition graduelle de phénomènes paralytiques. Paralyse du facial (le malade fume la pipe, écume). Paralyse de l'orbiculaire, paralysie progressive des membres, plus accentuée à droite.

Refroidissement des extrémités. Type respiratoire de Cheyne-Stockes plus accusé.

La mort survient dans cet état le dimanche 4 avril, deux jours et demi après l'entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE.— A l'ouverture du crâne, un liquide séreux s'échappe des cavités des méninges. A la surface des circonvolutions, plus particulièrement dans la région frontale, liquide plus louche, plus épais, gélatineux, en certains points puriforme, remplissant les interstices des circonvolutions. Enfin les tractus de la pie-mère, aussi bien de la pie-mère externe que de la pie-mère interne, sont couverts de granulations caractéristiques de la grosseur d'une tête d'épingle, qui semblent suspendues aux parois des capillaires et forment un véritable semis également réparti.

Aucune suffusion hémorragique; aucun foyer de suppuration dans les centres nerveux.

Les poumons offrent les lésions caractéristiques de la tuberculose pulmonaire. Le poumon droit est ramolli

dans presque toute sa hauteur; il est le siège d'un processus granulique. Le poumon gauche porte à la partie supérieure une grande caverne pleine de pus, et un certain nombre de petites cavernules. Quelques adhérences pleurales.

Le péricarde est rempli par environ 500 grammes de liquide séreux. Le cœur est normal. Pas de lésions d'orifice, mais le myocarde est mou, sans tonicité et quelque peu décoloré.

Les reins sont de volume normal; la capsule n'est pas adhérente, et à la coupe, ils ne semblent pas malades.

Le foie, de grosseur normale, est dur, criant à la coupe; il est décoloré et quelque peu sclérosé.

Résumé

Un tuberculeux pulmonaire, qui commet depuis longtemps des excès alcooliques, subit à la suite de contrariétés une sorte de crise de dipsomanie. Au bout de quelques jours, qu'il a presque entièrement consacré à boire, on l'amène à l'hôpital dans un état qui fait penser à un cas de delirium tremens. Extrêmement agité il présente du désordre des idées, de la perte de la mémoire, de la confusion mentale, du délire. Il a des cauchemars, pousse des cris inarticulés, des vociférations.

Les muscles de la face, de la nuque, du tronc, des membres sont agités de tremblements parfois rythmés, ressemblant à ceux de la chorée. On voit apparaître de temps à autre des phénomènes convulsifs. Deux jours après il tombe dans le coma et meurt.

A la surface des circonvolutions et surtout dans la région frontale, liquide louche et purulent et semis de granulations. Le foie est décoloré et sclérosé.

Les troubles moteurs, observés ici et qui ressemblent à ceux de la chorée se rencontrent quelquefois, si bien que l'on a pu décrire un type choréiforme (1) de la méningite tuberculeuse. Plusieurs auteurs (2) ont rapporté des observations analogues.

Mais nous ne voulons retenir ici que les troubles mentaux qui se rapprochèrent beaucoup de ceux du *delirium tremens*.

OBSERVATION XXII

(M. JUVIGNY. — Thèse de Paris, 1886.)

Delirium tremens. — Délire érotique.

Le nommé G..., âgé de trente ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine lit n° 19 le 20 juin 1886, dans le service du Dr Chantemesse.

Pas de tuberculose dans ses antécédents. C'est un alcoolique invétéré qui s'adonne surtout à l'absinthe. Depuis deux mois environ, sa femme a remarqué des modifications de son caractère. Il était triste, morose, et très irritable, sans cependant abuser des boissons plus que de coutume.

10 juin. — Le malade est conduit à l'hôpital dans un

1. BRETON. Thèse de Lille, 1897.

2. BOINET. *Gazette des hôpitaux*, 1899.

BOUCARAT. *Nouveau Montpellier médical*, 1898.

DESOIL et BRETON. *Echo médical du Nord*, 1897.

état d'agitation extrême. Délire très violent de paroles et d'action qui oblige à le camisolier.

11 juin. — Le malade est toujours dans un état d'agitation extrême. Il répond aux questions qui lui sont posées, mais le plus souvent d'une façon incohérente. Il accuse de violents maux de tête aussi bien en avant qu'en arrière. Trémulation de la langue et des mains. Pas de tremblement de la parole. Regard fixe, hébété Légère hyperesthésie cutanée. Rien d'anormal à l'auscultation. Etat saburral. Pas d'appétit. Pas de vomissements. Constipation. Température 38°4.

Le Dr Chantemesse croit à de l'alcoolisme et prescrit trois cuillerées de sirop de strychnine.

13 juin. — Le malade est dans un état de prostration complète. Il ne répond plus aux questions qu'il semble ne pas comprendre. Pas de tremblement de la langue et des mains. A chaque instant il pousse des cris brefs et plaintifs. De temps à autre hallucinations de la vue. Il semble écarter de lui les objets ou des gens qui le gênent, ou bien pousse des cris de frayeur.

Raideur très marquée des muscles du cou et de la nuque.

Taches méningitiques très accusées.

Alimentation fort difficile. Pas de vomissements. Ventre déprimé. Constipation.

La force musculaire est conservée et égale des deux côtés.

La respiration a le type de Cheyne-Stockes.

A l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire.

Pouls petit, lent, régulier.

Traitement. — Application d'une vessie de glace sur la tête, 8 grammes d'iodure de sodium.

M. Chantemesse, revenant sur sa première opinion, diagnostique une méningite de nature probablement tuberculeuse.

14 juin. — Le délire persiste et revient même à la vio-

lence du premier jour. C'est un délire très érotique et les paroles que répond le malade aux questions sont de même ordre. Il se gratte avec violence le scrotum ou se masturbe, ou bien tombe dans un état de somnolence semi-comateux.

15 juin. — La situation est identique. Le délire ne s'est modifié ni dans son intensité, ni dans sa forme. Aucun phénomène du côté de la sensibilité. Pouls lent.

16 juin. — Pour la première fois les pupilles sont inégales. Dilatation du côté gauche. Le délire est toujours très violent, surtout pendant la nuit. Il appelle sa femme ou parle de sa profession. Dès qu'il est détaché il cherche à se lever. Si on lui laisse un instant ses mains libres, il se masturbe. Sa respiration est entrecoupée par des hoquets. Dès qu'il ne délire plus il tombe dans un état de prostration complète.

Pas de phénomènes de paralysie. Rien du côté de la sensibilité. Constipation. Incontinence d'urine.

Mort dans le coma à 3 heures du matin.

AUTOPSIE. — Le 18 juin. Plèvre droite très adhérente. Tubercules de formation récente dans les deux poumons. Au sommet du poumon droit quelques tubercules plus anciens.

Cerveau. — Méninges très congestionnées. Au niveau du chiasma, exsudat fibrino-purulent compact. Le long de la scissure de Sylvius, adhérences des deux bords et granulations tuberculeuses très abondantes le long des vaisseaux.

Quatrième ventricule indemne, sans liquide. Ventricules latéraux dilatés. Septum lacidum ramolli et déchiré. Parois ventriculaires molles, diffluentes, imbibées de liquide. Rien dans le bulbe ni dans la moëlle.

Les autres organes ne présentaient rien d'intéressant à noter.

OBSERVATION XXIII

(M. SORNAS. — Thèse de Paris, 1886.)

Delirium tremens

Le nommé D..., Alfred, âgé de cinquante-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie dans le service de M. le Dr Raymond, le 18 novembre 1886.

Nous ne pouvons avoir que peu de renseignements sur ses antécédents. Il n'est pas marié. Il boit, paraît-il, constamment et beaucoup mais il n'a jamais fait aucune maladie. Depuis quatre jours il accusait de violents maux de tête et paraissait plus excité que de coutume ; mais malgré cela il pouvait continuer son travail.

Le 17 novembre au soir il fut pris d'un violent délire de paroles et d'actions. On parvint à grand'peine à le faire rentrer chez lui et à le maintenir. Il avait les yeux hagards, la face vultueuse, et présentait des hallucinations de la vue. Le médecin qui fut appelé, se basant sur ses antécédents, conseille de conduire le malade à l'hôpital et note sur le certificat que ce malade est atteint de *delirium tremens*.

18 novembre. — Lorsque nous voyons le malade, il est dans un état d'agitation extrême. Il veut sortir de son lit, profère des paroles incohérentes, ou bien est en proie à des hallucinations.

Il est impossible d'obtenir de lui une réponse sensée. Le seul symptôme net qu'il accuse est un violent mal de tête. Les membres sont un peu raides. La pression des masses musculaires lui arrache des cris ; mais il n'a aucune trace de paralysie ni à la face ni aux membres. Pas d'inégalité pupillaire. En divers points du corps ecchymoses qui proviennent probablement des liens avec lesquels il a fallu le maintenir.

Quand on le soulève pour examiner sa poitrine on

remarque qu'il existe une raideur très marquée des muscles du cou et de la nuque, et le moindre mouvement est douloureux. La respiration est rapide un peu inégale. A la percussion diminution de sonorité très accentuée surtout à droite ; on entend difficilement le murmure vésiculaire. Nombreux râles disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. Battements du cœur tumultueux.

Pouls rapide, pas inégal ni irrégulier. Température 39 degrés.

Langue sèche, fuligineuse. Pas de vomissements. Pas d'albumine dans les urines. Incontinence d'urine et de matières fécales.

Le malade continue à être agité jusqu'à 8 heures du soir. Il tombe alors dans un état demi-comateux ; ne cherche plus à se lever, mais bredouille quelques paroles sans suite et conserve du tremblement des membres supérieurs.

Le 19 novembre lorsque M. Raymond voit le malade cet homme est dans un coma presque absolu.

Se basant cependant sur les phénomènes d'auscultation, la rapidité et la gravité des accidents, la raideur de la nuque, M. Raymond porte le diagnostic de méningite tuberculeuse probable, accidents alcooliques possibles.

Le malade meurt dans le coma vers le milieu de la journée.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du thorax on trouve une petite quantité de liquide dans la plèvre droite. Les deux poumons sont très fortement adhérents à la paroi thoracique surtout dans les sommets.

Au sommet du poumon droit on trouve des traces de tuberculose ancienne et quelques petites cavernules. Le poumon tout entier est infiltrée de granulations tuberculeuses. Les mêmes lésions existent, mais moins prononcées, du côté gauche. Les deux poumons sont le siège d'une congestion intense.

Rien au cœur. Un peu d'athéromé de l'aorte.

Le foie est gras, mais son volume est normal. On rencontre à la coupe et sous la capsule de Glisson quelques granulations tuberculeuses.

Rien à signaler du côté des reins. Aucune altération notable du côté de l'intestin ou du péritoine.

Encéphale. — A l'incision de la dure-mère, il s'écoule une quantité de sérosité un peu plus considérable qu'à l'état normal. La substance nerveuse est très œdémateuse. Elle poisse les doigts et laisse sourde par la pression une certaine quantité de liquide séreux.

La pie-mère est très congestionnée, un peu épaissie, surtout dans la portion qui recouvre la convexité des hémisphères. Ça et là, sur le trajet des vaisseaux, on aperçoit très nettement quelques granulations tuberculeuses grises, semi-transparentes. Celles-ci sont surtout apparentes dans la scissure de Sylvius de chaque côté et principalement sur le trajet de l'artère sylvienne.

Rien d'apparent à noter du côté de l'axe médullaire.

OBSERVATION XXIV

(M. SORNAS. — *Thèse de Paris*, 1886.)

Delirium tremens.

Le nommé M... Arthur, âgé de cinquante ans, menuisier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, lit n° 5, dans le service de M. le Dr Raymond, le 20 novembre 1886.

Il est envoyé par un médecin de la ville qui l'a vu en consultation pour la première fois la veille.

En face des phénomènes assez difficiles à comprendre présentés par le malade, le médecin l'adresse à l'hôpital.

Le jour de son entrée, M... accuse une douleur vive qu'il circonscrit d'une façon très exacte dans la région frontale gauche et dans l'œil du même côté.

Il répond d'une façon incohérente et très lentement aux questions qu'on lui adresse.

Quand il est debout, il titube sur ses jambes comme un homme ivre. Un peu de parésie faciale du côté droit, mais pas de strabisme. Rien à noter du côté de la sensibilité.

21 novembre. — Le malade a déliré toute la nuit sans cependant chercher à se lever. Ce matin céphalalgie plus violente et incohérence de langage.

22 novembre. — Le malade s'est levé la nuit à diverses reprises et a voulu se coucher dans le lit voisin. On ne peut plus obtenir de lui une réponse sensée.

23 novembre. — On est forcé de camisolier le malade qui est très agité, cherche constamment à sortir de son lit et est en proie à des hallucinations constantes de la vue.

24 novembre. — Coma. Raideur très marquée des muscles du cou et de la nuque. Mouvements carphologiques des membres supérieurs.

25 novembre. — Mort dans le coma.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après la mort. Granulations tuberculeuses au sommet du poumon droit. Quelques granulations dans le sommet gauche.

Encéphale. — Œdème cérébral. Pie-mère épaissie et présentant des granulations tuberculeuses très nombreuses, formant en certains points de véritables plaques. L'une de ces plaques, très épaisse, siège au-dessous du pli courbe du côté droit. Une autre se trouve dans la scissure de Sylvius. Granulations tuberculeuses sur le trajet des sylviennes et de leurs branches, à droite et à gauche.

Les autres organes ne présentent rien d'important à signaler.

OBSERVATION XXV (résumée)

(M. JACCOUD. — *In Cliniques médicales*, 1886.)

Delirium tremens

X..., trente-quatre ans, marchand de tonneaux, entre à la Pitié le 21 avril 1886. Délire bruyant, loquacité incessante, agitation désordonnée, cris professionnels, parole brève et saccadée, yeux hagards, tremblements des mains et de la langue, incertitude des mouvements, sueurs profuses. La température reste au-dessus de 38 degrés.

24 avril. — Au matin la température égale 39 degrés. Quelques signes pulmonaires font croire qu'il s'agit peut-être d'une pneumonie centrale. Le délire est plus calme et moins continu.

27 avril. — Raideur de la nuque. Pas d'inégalité pupillaire, pas de contracture ni de paralysie des membres. Température 39 degrés. Pas de vomissements ni de troubles de la miction. Le délire persiste mais il n'a plus du tout les caractères bruyants du délire alcoolique. Il est souvent interrompu par des moments de lucidité.

28 et 29 avril. — La température descend progressivement.

1^{er} mai. — Au matin elle est à 37 degrés. Le délire est interrompu par des moments de somnolence et de stupeur. Les phénomènes s'aggravent jusqu'au 5 mai, et le malade succombe dans le coma.

AUTOPSIE. — *Plèvre*. — Adhérences pleurales au sommet droit et entre les lobes pulmonaires.

Poumons. — Ils présentent des noyaux tuberculeux anciens, quelques cavernes, de nombreuses granulations tuberculeuses, de la congestion et de l'inflammation de la base droite.

Encéphale. — La dure-mère étant incisée, la pie-mère apparaît congestionnée et opaline. Le cerveau paraît augmenté de volume, ce qui tient à l'épanchement dans les ventricules d'une grande quantité de liquide clair et citrin. Il y en a un grand verre au moins.

Les méninges de la base sont infiltrées dans toute leur étendue ; à l'origine de la scissure de Sylvius du côté droit, on trouve une plaque de pus verdâtre, concret, de la dimension d'une pièce de 1 franc au moins ; cette plaque se prolonge en traînée linéaire le long des vaisseaux ; ces traînées renferment des granulations ; il y en a également un certain nombre sur le trajet des vaisseaux du côté opposé.

Cervelet. — Le lobe droit contient deux gros tubercules nettement délimités, du volume d'un gros pois et complètement caséux.

Reins. — Contiennent chacun trois ou quatre tubercules.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION XXVI (résumée)

(M. JACCOUD. — *Cliniques médicales*, 1886.)

Delirium tremens

X..., trente ans, étameur, entré à la Pitié le 11 mai en plein délire alcoolique avec les symptômes caractéristiques du *delirium tremens*. Température : 40°1.

13 mai. — Raideur de la nuque, chute légère de la paupière gauche ; hémiplegie gauche ; ventre en bateau ; pas de vomissements. Température : 39°8.

Signes de tuberculose pulmonaire à droite. On apprend alors que depuis vingt jours le malade souffrait de céphalée persistante, et que depuis le 2 mai il avait été obligé de s'aliter à cause d'une forte fièvre.

Mort dans le coma le 13 mai.

AUTOPSIE. Cerveau. — Granulations disséminées dans la pie-mère, sur toute la convexité des hémisphères. Sur la base nombreuses granulations semblables. Méninges fortement congestionnées ; les scissures de Sylvius sont adhérentes des deux côtés et renferment des exsudats grisâtres. Ces exsudats existent dans la fente de Bichat. Au niveau du chiasma, de la face inférieure du troisième ventricule, de la protubérance et du bulbe, la pie-mère est épaissie et infiltrée.

Cervelet. — A la partie médiane de la face supérieure, semis de granulations abondantes entremêlées d'exsudats blanc grisâtre, et à la face inférieure une plaque épaisse de même nature est située au-devant du pédoncule cérébelleux supérieur du côté gauche.

Les centres nerveux ne présentent aucune lésion ancienne.

Plèvres. — Adhérences, granulations sur le feuillet viscéral.

Poumons. — Infiltration granuleuse des deux poumons.

Hépatisation rouge d'une partie du lobe inférieur droit.

Ganglions du hile et trachéo-bronchiques caséux.

Les autres organes sont sains, sauf le foie qui est gras.

Résumé

Quelques-uns des cinq cas qui précèdent, trouveraient peut-être mieux leur place dans notre premier groupe d'observations. Mais à part quelques détails secondaires, ils se ressemblent tellement les uns les autres que nous avons préféré les présenter ensemble.

Ces malades entrent à l'hôpital avec un délire violent de parole et d'action, une agitation désordonnée, des hallucinations de la vue, de l'incohérence et de la confusion des idées : on est souvent obligé de les camisolier.

M. JACCOUD (1), à propos d'une des observations que nous lui avons empruntées, déclare : « Le delirium tremens est une de ces anomalies symptomatiques (de la méningite tuberculeuse) et je vous rappelle que la maladie peut atteindre son terme tout en conservant cette même apparence ».

Mais le plus souvent ces phénomènes se calment, et un délire plus tranquille ou à forme plus ou moins fixe (obs. XXII, délire érotique) leur fait suite jusqu'au coma qui précède la mort.

M. JACCOUD insiste sur la présence de la fièvre comme moyen de diagnostic entre le delirium tremens vrai et la forme particulière de méningite tuberculeuse dont il est ici question. M. SORNAS (2), qui a étudié des cas semblables, donne dans son travail un tableau schématique où il a noté les légères différences qui existent entre les deux affections. Le diagnostic peut être en effet d'autant plus difficile que la plupart de ces malades sont des alcooliques invétérés.

Quant à l'évolution vers l'issue fatale, elle est tou-

1. JACCOUD, *loc. cit.*, 1887, p. 416.

2. SORNAS. *Mén. tub. à forme de delirium tremens*. Thèse, Paris, 1887.

jours très rapide : quatorze jours dans le plus long des cas relatés ici, un jour et demi dans le plus court. Ordinairement trois ou quatre jours.

Les lésions prépondérantes trouvées à l'autopsie consistent dans une forte congestion des méninges et des semis de granulations le long des vaisseaux. Les deux observations de M. Jaccoud mettent en évidence des lésions du cervelet ; ce fait expliquerait facilement certains symptômes comme la titubation et l'incoordination motrice. Malheureusement des lésions semblables ne sont pas relevées dans les autres observations du même genre :

Enfin remarquons en passant que dans tous les cas que nous venons de signaler il s'agissait de tuberculeux pulmonaires, qui pour la plupart, avaient fait de nombreux excès alcooliques et qui présentaient des lésions de foie. Nous verrons au sujet de la pathogénie l'importance de ces notions.

OBSERVATION XXVII

(M. CHARRIN. — *Société médicale des Hôpitaux*,
17 janvier 1896).

Délire alcoolique.

X..., âgé de cinquante-deux ans, garçon de restaurant, ayant fait des excès alcooliques indiscutables, entre à l'hôpital le 12 décembre 1895.

Les parents sont morts de vieillesse, d'après ses renseignements ; lui-même a eu une dothiéntérie à douze

ans, une pneumonie à quarante, sans conserver aucune trace de ces affections.

Il y a deux mois il a fait une chute sur le côté gauche, chute suivie de l'apparition d'un point de côté, d'une dyspnée croissante.

A l'entrée on constate une hypertrophie du foie, qui déborde de trois travers de doigts les fausses côtes ; la rate est également légèrement augmentée de volume. L'estomac, l'intestin, le système nerveux, le cœur, la peau, etc. ne présentent aucune anomalie notable ; en revanche les reins contiennent une très minime quantité d'albumine. Du côté gauche du thorax, on reconnaît les signes d'un épanchement.

La ponction donne issue à un litre de sang.

Le malade, d'abord soulagé, ne tarde pas à s'affaiblir ; le teint prend une coloration jaune ; l'appétit disparaît ; l'urobilinurie est constatée.

Le 13 de ce mois cet homme qui, pour des raisons spéciales, n'a pu prendre d'alcool depuis plus d'un an, commence à délirer, délire qui s'accroît à mesure que l'état général s'aggrave, jusqu'au moment de la mort qui survient le surlendemain 15.

Deux points sont à retenir : le premier, c'est que ce délire a suivi les oscillations de la maladie du foie ; il s'est montré, il a acquis une intensité considérable parallèlement à l'aggravation de cette maladie ; à mesure que les symptômes capables de traduire cette aggravation, comme la coloration des téguments, l'accroissement de l'hypertrophie, l'urobilinurie, se manifestaient, ces troubles psychiques se développaient.

Le second de ces points, c'est que ces troubles psychiques ont été calqués sur une forme classique, sur un type connu, sur le délire alcoolique. Le malade apercevait des hommes de police, des gendarmes, des assassins, des animaux divers, serpents, rats, rassemblés sur son lit. Puis, l'exaltation croissant, l'agitation est devenue plus furieuse ; pour se défendre contre des ennemis

imaginaires ce malheureux s'est armé de plusieurs objets placés à sa portée, fourchette, flacon, récipi-
ents, etc... pour les jeter dans différents sens.

L'autopsie a montré une dégénérescence complète du foie ; parenchyme ocre rouge ; sclérose moyenne. Fausses membranes très abondantes mélangées à des caillots ; tubercules discrets. Quelques très rares tubercules également sur les méninges sans inflammation appréciable. Ces tubercules méningés, malgré leur peu de développement, rendent l'interprétation plus complexe. A l'action du foie peut être convient-il d'ajouter celle des méninges, malgré l'insignifiance de ces modifications et des symptômes relevant de ces enveloppes, en dehors de ce délire, malgré le parallélisme des phénomènes psychiques et des altérations hépatiques. Ce type si spécial de délire n'en demeure pas moins intéressant.

Résumé

Cette communication à la Société médicale des hôpitaux destinée à enrichir la littérature de la « folie hépatique » rappelle trop les cas que nous venons de signaler, pour ne pas la rapporter ici. Le sujet, atteint de *pleurésie hémorragique* se met subitement à délirer, et son délire est calqué sur le type du *délire alcoolique* : il a des hallucinations de la vue caractéristiques qui l'entretiennent dans un état d'exaltation croissante. Cet état de choses dure *trois jours à peine*, jusqu'à la mort ; l'autopsie montre avec des lésions de dégénérescence très graves du foie, une discrète éruption de granulations tuberculeuses sur le foie et sur les *méninges*. Il semble que

c'est à cette tuberculisation de date toute récente des méninges qu'il faille attribuer les troubles mentaux qui duraient seulement depuis trois jours et avaient tous les caractères de ceux qui sont relatés plus haut. Les lésions hépatiques, déjà très anciennes en effet n'avaient jamais donné lieu à des manifestations psychiques.

Sans doute il existe des cas très intéressants de psychoses d'origine hépatique, et de nombreux et importants travaux de MM. Klippel, Charrin, Léopold Levy, Maurice Faure, etc., ont été faits sur ce sujet. Mais les phénomènes mentaux prennent plus souvent alors une autre allure, et il existe un état spécial de dépression mentale qui relève des lésions du foie (1).

D'ailleurs dans les observations qui précèdent, nous avons relaté bien souvent des lésions hépatiques, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on songe à l'éthylisme invétéré des malades dont il fut question. Il est très probable même que la coexistence des altérations du foie et des méninges est nécessaire pour donner au délire la forme qui nous occupe ici. Mais après l'étude attentive des sept observations qui précèdent nous croyons que ce sont les lésions méningées qui ont dans des cas semblables une importance prépondérante, et que si l'alcoolisme

1. MAURICE FAURE. *Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales*. Thèse de Paris, 1900.

(avec ses lésions hépatiques et corticales) constitue la forme du délire, c'est la méningite qui en est, selon la pittoresque expression de Charcot, « l'agent provocateur ».

Dans ce second groupe d'observations, les phénomènes mentaux prennent une importance beaucoup plus considérable que dans le groupe précédent. Ils constituent à eux seuls, pendant un temps souvent fort long, toute la symptomatologie de la maladie.

Il est classique d'énumérer dans la période prodromique de la méningite tuberculeuse certains changements du caractère du patient. Ces troubles, qui relèvent principalement du domaine des émotions et des affections, consistent, d'habitude, dans l'éclosion de légères perversions morales. « Ce n'est pas un délire vrai, c'est un affaiblissement général des facultés intellectuelles. L'esprit, la mémoire, le caractère se ternissent en même temps que s'élèvent d'autres signes de faiblesse, l'irritabilité extrême et parfois l'appréciation défectueuse des actes de la vie. » (1).

Cependant on peut observer autre chose que de l'inquiétude, de la tristesse sans motifs, de l'apathie ou de la méchanceté. CHANTEMESSE a consacré dans sa thèse un chapitre important à ces « troubles cérébraux prémonitoire. » Nous lui avons d'ailleurs

1. CHANTEMESSE, *loc. cit.*, p. 42.

emprunté quelques observations. Il a montré que ces prodromes psychiques pouvaient donner lieu à de graves perturbations de la personnalité. Parfois même de véritables psychoses sont alors constituées. Il en fut ainsi dans l'observation XIII empruntée à M. VIGOUROUX.

Mais il semble que les troubles psychiques, signalés au cours des observations de ce groupe, n'appartiennent pas uniquement à la période prodromique de la méningite tuberculeuse, et que quelques-uns doivent être considérés comme faisant partie de la symptomatologie de la période d'excitation. Ainsi le malade de l'observation XVIII présentait depuis longtemps des changements du caractère et des perversions des sentiments bien caractéristiques de la période prodromique. Mais tout à coup la scène change : il est pris d'un délire si furieux que les médecins appelés auprès de lui croient à de la manie aiguë et veulent le faire interner. Sans doute ce nouvel état de choses, qui contrastait tant avec les phénomènes jusqu'alors observés, marque le début de la période d'excitation. Nous n'en voulons pour preuve, dans le cas particulier, que le redoublement de la céphalalgie, l'état précaire du malade qui avait pu jusqu'alors se livrer à ses occupations, l'apparition rapide de symptômes importants comme la constipation et la carphologie. Il en est de même de toutes les observations qui suivent celle-ci (de l'obs. XIX à l'obs. XXVII) : les prodromes psychiques y sont rarement notés et la méningite y

débute par un délire intense, tantôt banal, tantôt comparable à une crise de *delirium tremens*. Ici encore la grave atteinte portée à l'état général des malades, l'existence de la fièvre, l'apparition rapide des certains signes somatiques, la courte durée de la maladie, tout semble montrer qu'il s'agit de méningites tuberculeuses ayant débuté d'emblée par la période d'excitation et dans lesquelles les manifestations délirantes doivent être considérées comme les premiers symptômes de cette période. Remarquons d'ailleurs que ces symptômes sont très violents comme tous ceux que l'on observe en ce moment, et qu'ils ne ressemblent en rien aux troubles plus ou moins légers de la période prodromique.

Les phénomènes psychiques de ce deuxième groupe d'observations offrent parfois une grande tendance à simuler certains syndromes mentaux, soit dans un type d'excitation (*delirium tremens*) soit dans un type de dépression (mélancolie). Il faut arriver parfois jusqu'à quelques heures avant la mort pour reconnaître que c'est une méningite tuberculeuse qui est en cause. Mais, pour tardifs qu'ils soient, toujours quelques symptômes somatiques viendront nous mettre sur la voie du diagnostic.

Ces signes somatiques, plus que dans le groupe précédent encore, perdent de leur importance et ils occupent le plus souvent le dernier plan du tableau clinique. Bientôt nous allons les voir disparaître complètement. Ainsi suivons-nous une marche progressive depuis la constatation d'un trouble psychi-

que isolé au cours d'une méningite tuberculeuse jusqu'à la forme mentale proprement dite de la maladie.

III

Troisième groupe. — Observations dans lesquelles les troubles mentaux ont constitué, à eux seuls, toute la symptomatologie de la méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XXVIII (inédite).

Délire hypochondriaque avec dépression mélancolique

Germain D... quarante-sept ans, entre le 10 juin 1904 dans le service de M. Bouloche à la Maison Municipale de Santé. Il revient de New-York où il était régisseur dans un théâtre.

Il se plaint de manquer d'appétit, d'avoir des digestions irrégulières et pénibles, de la constipation fréquente. Il ne sait préciser la date à laquelle ont débuté ces divers troubles.

On est frappé, dès l'abord, de l'amaigrissement considérable que présente D..., amaigrissement qui ne s'accompagne pas toutefois de diminution notable de la force musculaire. Cet état de maigreur remonterait environ à cinq ou six mois, car le malade présente une photographie faite à cette époque, témoignant qu'il avait alors une corpulence normale.

L'examen du tube digestif en dehors de quelques vagues troubles fonctionnels accusés par le malade, ne révèle rien de particulier à l'examen direct.

L'appareil respiratoire soigneusement examiné paraît absolument indemne de toute lésion.

Rien au cœur.

Les urines (1.700 grammes par vingt-quatre heures) ne contiennent ni sucre ni albumine.

Pouls : 85. Température rectale : 37°3. A aucun moment pendant son séjour à l'hôpital il n'a présenté la moindre élévation thermique.

Le malade paraît un peu affaîssé et déprimé ; il parle peu, mais les réponses sont sensées et rien ne semble devoir attirer l'attention du côté de son état mental.

On le met au régime du lait, du bouillon et des œufs, et on estime que pour le moment du moins cet homme a plus besoin de repos que de soins médicaux.

Mais deux jours après l'entrée de D... dans le service, le malade qui partage sa chambre nous raconte que D... s'alimente extrêmement peu et que pendant de longues heures il se met à cracher sans cesse, remplissant deux ou trois crachoirs par vingt-quatre heures.

Interrogé, D... déclare sans hésitation qu'il ne peut déglutir aucun aliment solide ou liquide, ni même sa salive. Son pharynx, dit-il, est « bouché ». L'examen des voies digestives supérieures ne montre rien de particulier.

Les jours suivants, malgré les objurgations dont il est l'objet, il continue à s'alimenter aussi peu et la sputation incessante persiste. Tantôt il assure que son pharynx est « bouché », tantôt au contraire il prétend que sa bouche ne saurait saisir les aliments, car elle est de « travers ».

Un examen méthodique et minutieux du système nerveux est alors pratiqué. Il ne révèle aucun signe objectif de lésions nerveuses : les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, et égaux des deux côtés ; les pupilles égales, régulières réagissent, à la distance et à la lumière ; la sensibilité est intacte ; la force musculaire conservée.

Le malade est triste et taciturne ; il ne se plaint pas spontanément ; il est replié sur lui-même, ne cause jamais aux autres malades, attend pour parler d'être

interrogé et répond alors brièvement, comme ennuyé d'être obligé d'avoir des rapports avec quelqu'un.

Dans la journée il se promène souvent seul dans l'hôpital ou même sort en ville, allant rendre visite à des parents ou à des amis (?). D'autres fois il reste au lit tout le jour et si on lui demande pourquoi il ne se lève pas, il déclare qu'il va mourir et il écrit à sa famille.

On porte le diagnostic de délire hypochondriaque avec dépression mélancolique.

Comme il continue à s'alimenter de façon très insuffisante, on essaie de le nourrir à la sonde. L'introduction de celle-ci se fait très aisément, mais après deux ou trois essais, le malade refuse de se laisser alimenter régulièrement par ce procédé.

En présence de cet état de choses, et comme l'amaigrissement du malade devient extrême on décide de le transporter dans le service de M. Gilbert-Ballet et le 23 juin D... est transféré à l'Hôtel-Dieu.

Le jour même de son entrée un examen rapide est pratiqué qui ne révèle rien de particulier.

Le lendemain 24 juin à six heures du matin on trouve D... mort dans son lit sans que rien pendant la nuit n'ait attiré l'attention des autres malades de la salle ou de la surveillante de nuit.

AUTOPSIE. — Le 25 juin l'autopsie est pratiquée.

Les *viscères thoraciques et abdominaux* ne présentent que des lésions banales cadavériques. Absence complète des lésions tuberculeuses aux poumons, foie, reins, rate, etc.

Encéphale. — Semis de granulations tuberculeuses de volume très inégal, prédominant à la base et suivant les scissures principales. On les rencontre surtout sur les scissures de Sylvius et de Rolando. Partout ailleurs elles existent aussi, mais avec moins d'abondance.

La pie-mère est opacifiée et épaissie au niveau des points où les granulations sont le plus confluentes, ainsi au niveau de la base et des scissures de Sylvius. Ménin-

ges adhérentes par places et se décortiquant mal.

Aucune lésion macroscopique appréciable au niveau du *cervelet* et de la *moelle*.

Examen histologique. — Infiltration de la gaine des vaisseaux. Les grandes cellules pyramidales de la zone rolandique présentent des contours souvent irréguliers et le noyau est souvent rejeté à la périphérie du corps cellulaire. La masse protoplasmique se laisse faiblement teinter par la matière colorante (Examen fait au Nissl et à l'hématoxyline).

Résumé

Ce cas de méningite tuberculeuse a évolué chez un homme de quarante-sept ans qui paraissait indemne de toute autre tuberculose viscérale, ganglionnaire ou osseuse, sans donner lieu à aucun des symptômes cardinaux de l'affection. Pas de vomissements, pas de raideur de la nuque, pas de température, pas de céphalalgie, symptômes pourtant si fréquents qu'ils sont indispensables pour établir le diagnostic de la méningite. A peine mentionne-t-on quelques phénomènes gastro-intestinaux assez vagues et une constipation passagère, troubles d'apparence trop bénigne pour pouvoir tabler sur eux, et qui d'ailleurs ressemblaient plutôt à ces manifestations imprécises dont se plaignent les neurasthéniques. Quant à l'amaigrissement il paraissait devoir trouver tout naturellement son explication dans le défaut d'alimentation du malade.

Les désordres mentaux forment donc ici toute la

séméiologie. Ils sont de deux ordres : premièrement, interprétations délirantes donnant lieu à des idées hypochondriaques analogues à celles que l'on rencontre souvent chez les paralytiques généraux : pharynx bouché, bouche de travers : nous en avons déjà rencontré d'analogues (obs. VI) et nous en verrons encore (obs. XXX) ; deuxièmement, état de dépression continue, ressemblant à de la mélancolie, avec taciturnité, tristesse, allure mystérieuse (à rapprocher de l'obs. XIII).

Enfin le malade meurt subitement au bout de quatorze jours, comme meurent ces malades atteints de méningites tuberculeuses latentes, dont on ne possède que quelques rares observations (1).

A l'encontre de la symptomatologie, l'autopsie montra des lésions bien évidentes et très caractéristiques de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION XXIX

(M. RICHARDIÈRE, *in* thèse de M. CHANTEMESSE.)

Délire érotique

X..., vingt-quatre ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1882, salle Sainte-Anne service de M. EMPIS.

Cette malade, enceinte de huit mois, entre à l'hôpital pour être soignée d'une tuberculose pulmonaire datant d'un an environ. Elle est très amaigrie, très affaiblie

1. LERAITRE. *La mort subite dans les méningites tuberculeuses dites primitives*. Thèse de Paris, 1898-1899.

surtout depuis le début de sa grossesse. Elle présente aux deux sommets de la poitrine les signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire au deuxième degré (matité, râles sous-crépitaux).

Après trois semaines de séjour à l'hôpital elle accouche d'un enfant à terme bien constitué. L'accouchement se fait bien. Les suites en sont heureuses. Mais à peine délivrée, la malade présente une exagération considérable des signes de la tuberculose pulmonaire. La grossesse a donné un coup de fouet à la marche de la maladie.

Trois semaines après l'accouchement, nous constatons des signes évidents d'excavation pulmonaire (souffle caverneux, gargouillements, etc.).

Un mois environ après l'accouchement, sans cause appréciable, la malade se met à divaguer. Son délire fut d'abord sans fixité, portant sur toutes choses. Il était impossible d'obtenir de X... une réponse raisonnable.

Ce délire ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucun trouble du système nerveux. Pas de contractures ni de paralysie ; pas de troubles oculaires, pas de rétraction du ventre, pas d'inégalité du pouls.

La température est toujours restée normale le matin avec une légère exacerbation le soir.

Huit jours après le début de ce délire vague, la malade fut prise de délire à forme érotique.

Cette femme qui semblait avoir toujours été d'une conduite régulière se met à tenir des propos obscènes, à prendre des attitudes passionnelles. A toutes les questions qu'on lui posait, elle répondait par des paroles ordurières.

Toutes ses paroles, tous ses actes étaient empreints d'un notable état satyriatique.

Et tout cela sans aucun autre phénomène méningitique.

Cet état dura quatre à cinq jours et la malade mourut.

AUTOPSIE. — Lésions cavitaires des poumons. Il existait un épanchement arachnoïdien assez considérable, et une forte congestion de la pie-mère. Enfin on trouvait de nombreux tubercules miliaires à la base du cerveau et sur la convexité des hémisphères.

Résumé

Femme de vingt-quatre ans atteinte depuis un an de tuberculose pulmonaire récemment aggravée par un accouchement. Un mois environ après cet accouchement, sans cause apparente, la malade se met à délirer et ce délire dure treize à quatorze jours jusqu'à la mort. D'abord sans fixité et portant sur toutes choses, il prend au bout d'une huitaine de jours un caractère nettement érotique avec propos obscènes, attitudes passionnelles, excitation génitale très intense. Il s'accompagnait d'une petite élévation thermique le soir seulement.

Délire et fièvre vespérale légère furent donc les seules manifestations de cette méningite tuberculeuse, confirmée à l'autopsie par un épanchement assez considérable, une forte congestion pie-mérienne et des granulations typiques disséminées un peu partout.

OBSERVATION XXX

(M. LOUIS BOUR. — *Thèse de Paris*, 1903-1904.)

Paralyisie générale

K..., vingt-neuf ans, employé de commerce ; décès, 15 avril 1903..

Copie du certificat en vue de l'internement du malade
25 octobre 1902. — Est atteint depuis six mois de délire hypochondriaque avec idées de suicide.

En outre, deux ou trois fois par semaine surviennent des accès de manie aiguë durant lesquels il menace et frappe les personnes de son entourage.

Il serait urgent pour éviter de graves événements, de le faire transporter dans un asile spécial (D^r Duchaine).

Certificat immédiat

27 octobre 1902. — Affaiblissement des facultés mentales avec dépression mélancolique. Préoccupations hypochondriaques, irritabilité, changement de caractère depuis quelques mois.

Quelques accroc's de la parole. Inégalité pupillaire. Engourdissements et fourmillements dans les membres. Début probable de paralyisie générale (D^r Magnan).

1^{er} novembre 1902. — Paralyisie générale. Affaiblissement intellectuel. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire (D^r Pactet).

Certificat de quinzaine.

Paralyisie générale. Idées hypochondriaques. Etat stationnaire (D^r Pactet).

Plusieurs tentatives de suicide avant son entrée à l'asile.

A son arrivée, présente des préoccupations hypochondriaques. Il pleure sans cesse, prétend qu'on veut le battre.

Interprétations délirantes multiples. On lui a volé sa tête, il n'a plus de bouche et ne peut plus manger. Il n'a plus de corps. D'autres fois sa tête est devenue énorme, ses jambes sont démesurément longues.

De temps en temps, il faisait allusion à de grosses sommes d'argent qu'il avait perdues. Jamais il n'y a eu de mégalomanie bien caractérisée.

Intelligence complètement effondrée. Réagit à peine quand on lui adresse la parole.

Facies typique de l'aliéné paralytique. Expression abêtie, lèvres trémulantes, mouvements de trombone de la langue. La parole est très embarrassée, bredouillée. Inégalité pupillaire accentuée.

Tremblements et maladresse des membres supérieurs.

Parésie très marquée des membres inférieurs.

Fréquemment le malade étant couché, la tête ne reposait pas sur l'oreiller mais restait soutenue pendant de longues heures consécutives sans aucun appui.

Alternances de rétention et d'incontinence d'urines.

Une diarrhée abondante, noirâtre, ne cède à aucun médicament.

Au sommet du poumon droit matité très marquée, en arrière et en avant. Respiration rude, quelques craquements.

A gauche matité ; respiration soufflante, craquements humides abondants.

Le malade rend des crachats sanglants. Cette expectoration persiste pendant deux mois, puis des hémoptysies abondantes apparaissent.

Le malade est décharné. Les doigts sont cyanosés, froids.

Ongles incurvés, hippocratiques.

L'amaigrissement devient extrême. La cachexie terminale ne tarde pas à survenir.

AUTOPSIE. — Corps extrêmement maigre et décharné.

A l'ouverture du thorax les poumons paraissent normaux. Seul le poumon droit est adhérent au sommet et les ciseaux sont nécessaires pour le détacher. Les deux sommets donnent à la palpation la sensation de noyaux durs, irréguliers, de volume variable, plongés dans une masse parenchymateuse résistante.

Poumon droit. — A la coupe les nodules paraissent de volume variable (pois à petite noix). Ces nodules sont durs; les plus volumineux présentent une section blanchâtre, jaunâtre, constituée par du pus caséux organisé au niveau des parois des cavernes.

Nulle part on ne rencontre de pus liquide. Plusieurs nodules sont franchement crétacés et ne se laissent pas entamer par le couteau. Entre eux et les nodules caséux, tous les intermédiaires se rencontrent; certains nodules présentent une coupe calcaire. Autour de ces foyers règne une atmosphère fibreuse, dense et résistante.

Poumon gauche. — Présente des lésions en évolution plus active. Dans plusieurs foyers le pus apparaît liquide, jaune verdâtre. Des cavernes de la grosseur d'une cerise siègent au sommet. Leur grosseur va en décroissant à mesure que l'on s'abaisse dans le lobe gauche supérieur. Le lobe inférieur est indemne de tuberculose macroscopiquement.

Dans le poumon gauche existent aussi quelques foyers indurés, légèrement calcifiés, mais beaucoup moins nets et moins nombreux que dans le droit. Le tissu fibreux y est également abondant.

Les ganglions sont volumineux et durs, mais non calcifiés.

Cœur. — Présente des lésions de péricardite avec de grandes et épaisses taches laiteuses qui tapissent entièrement la face antérieure de l'organe.

Le péricarde pariétal semble indemne.

Reins. — Normaux à l'œil nu.

Rate. — Dure, volumineuse.

Foie. — Graisseux.

Cerveau. — Le liquide céphalo-rachidien est abondant.

A l'ouverture de la dure-mère les **méninges viscérales** sont épaissies, recouvrant une **sérosité louche**, remplissant les **scissures**, particulièrement abondantes au niveau **des lobes frontaux**.

La *pie-mère* présente des foyers de congestion rouges, très vascularisés, disséminés, marqués surtout au niveau du lobe antérieur.

Si l'on cherche à décortiquer le cerveau, des érosions multiples se produisent, profondes et vastes, sur toute la substance cérébrale avec prédominance assez marquée au niveau des frontales et pariétales ascendantes gauches.

Des granulations tuberculeuses très manifestes sont éparses sur toute la surface viscérale.

Deux d'entre elles particulièrement volumineuses siègent sur la scissure de Sylvius gauche vers l'embranchement de la scissure de Rolando.

Ces granulations jaunâtres sont formées par l'assemblage d'un grand nombre de petits follicules tuberculeux.

Une granulation siège au niveau du tiers antérieur du lobe temporal, à la face inférieure du cerveau.

Les autres granulations au nombre d'une dizaine (en tout) sont répandues sur toute la surface sans prédominance particulière nulle part, et sans qu'aucune région en soit indemne, sauf les premières pariétales et frontales et la face interne des hémisphères.

Au niveau de ces granulations la *pie-mère* est épaisse, opacifiée, très adhérente au parenchyme.

Autour de la granulation mère apparaît tout un semis de petites granulations.

HISTOLOGIE. — Les granulations présentent la structure classique avec cellule géante au centre entourée de cellules épithélioïdes et embryonnaires. On y découvre des bacilles de Koch.

Examen microscopique de la substance cérébrale. — Les vaisseaux, les artérioles présentent des amas granuleux, granulo-graisseux et pigmentaires dans la tunique lymphatique disséminés çà et là. Il y en a surtout au point de bifurcation des vaisseaux.

Les cellules cérébrales présentent un certain degré d'atrophie volumétrique. On y remarque des amas importants de grosses granulations. Les tubes nerveux paraissent raréfiés seulement.

Quant à la diapédèse, marque de l'inflammation, elle est au moins douteuse sur beaucoup d'artérioles, bien que dans certains points il y ait quelques noyaux en dehors de ceux qui existent normalement dans les cellules des parois. En tous cas, le processus inflammatoire marqué par la leucocytose diapédétique est à peine ébauché sur beaucoup de points.

Résumé

Cet homme de vingt-neuf ans fut interné à la suite de tentatives de suicides et d'accès de violences pendant lesquels il était dangereux pour ses semblables. On diagnostiqua la paralysie générale, et de fait il présentait la plupart des signes de cette affection. Comme le malade de l'observation XXVIII il offrait certaines interprétations délirantes relevant du domaine des sensations internes et cénesthésiques, et qui donnaient lieu à un délire tantôt de négation et tantôt d'exagération des organes.

La tuberculose était bien nette des deux côtés de la poitrine.

L'autopsie montra des méninges épaissies adhérentes à l'écorce, surtout au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes gauches. De petites plaques de granulations tuberculeuses étaient répandues un peu partout sur la surface de la pie-mère. C'est au niveau de ces plaques que les méninges étaient particulièrement épaissies et adhérentes.

En un mot, bien que nous ne connaissions pas les antécédents de ce malade au point de vue de la syphilis, il y a tout lieu de croire que nous sommes ici en présence d'un cas de paralysie générale d'origine tuberculeuse. L'examen macroscopique, histologique et bactériologique des lésions est concluant. Il semble logique d'admettre qu'une méningite tuberculeuse à évolution chronique a été le point de départ de ces lésions et de ce syndrome, et que les désordres de l'écorce ont été la conséquence des perturbations méningées. La connaissance du mode de début de la maladie eût pu nous éclairer sur ce processus. En tous cas, cette observation, si précieuse pour nous en raison des lésions rencontrées à l'autopsie, offre le plus haut intérêt pour l'étude étiologique et pathogénique de la paralysie générale.

Chez ce malade la mégalomanie ne fut jamais bien nette, et à part quelques accès de délire furieux qui marquèrent surtout le début de l'affection, le syndrome prit plutôt un caractère de dépression. BALL avait signalé des cas analogues, et parlant des rap-

ports de la paralysie générale et de la tuberculose il disait : « Détail curieux : la phtisie peut exister quoique rarement chez les paralytiques généraux ; on observe alors un délire mélancolique avec dépression, au lieu de ce délire expansif avec idées ambitieuses qui est la règle chez ces malades. » (1).

OBSERVATION XXXI (inédite).

Démence précoce. — Fugues.

Frédéric B..., vingt-deux ans, employé de commerce.

Renseignements donnés par les parents.

Antécédents héréditaires. — Mère très impressionnable.

Antécédents personnels. — Rougeole à deux ans. Influenza à sept ans. A seize ans il a les « mains violettes » : on le soigne pour une maladie de cœur. Epistaxis fréquentes. Furoncles au cou.

En 1904, il a une forte émotion ; son patron est frappé d'une attaque dans une voiture, seul avec lui. Il aimait beaucoup son patron ; il est très frappé.

Après la mort de celui-ci il reste sans place. Son caractère change. Il s'endort dès qu'il est assis. « Il a toujours sommeil. » Affaïssement. Epistaxis tous les deux ou trois jours, très abondantes, en particulier lorsqu'il s'approche du feu. Il a du chagrin de ne pas retrouver de place, éprouve déception sur déception et devient triste,

En avril 1906, il devient plus triste encore. Il parle

1. BALL. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 552.

bas constamment en répétant les mêmes choses. Il ne répond pas quand on lui parle. Il mange très lentement.

25 avril. — Il part, sous une grosse pluie, sans un sou, sans sa montre, sous prétexte d'aller chercher une place. Il court. Parti à 9 heures du matin, il va jusqu'à Montreuil « en aventure », ne mange rien et rentre à 10 h. 1/2 du soir.

26 avril. — Il repart le matin, sans but, rentre à midi, repart l'après-midi, toujours sous prétexte de chercher une place. Le soir il prend la porte : « Où vas-tu ? — Il faut que je sorte ». On ne peut pas l'en empêcher, il court et il est impossible de le rattraper. Cependant il rentre dix minutes après. Il fit cela deux fois.

29 avril. — Il va au « Cercle catholique », ne cause à personne, ne joue pas, traverse les salles et ne tarde pas à sortir.

30 avril. — Il part pour se rendre à une adresse déterminée. Il fait une pluie torrentielle. Il a deux sous et reste dehors deux jours et une nuit. Il marche sans s'arrêter du côté de Villeneuve ; il ne mange pas, ne parle à personne. Il prétend agir ainsi « par pénitence » (il a reçu une éducation religieuse). Il marche droit dans le bois : il s'était muni le matin de deux sous de pain, mais on retrouva le morceau presque entier dans sa poche. Il ne se rappelle pas bien ce qu'il a fait.

Il rentre le 1^{er} mai à 11 heures du soir, triste, calme, pâle, mort de fatigue. Il ne dit rien et s'endort jusqu'à 8 heures du matin.

2 mai. — A 8 heures, il se lève d'un bond, très agité, veut repartir. Il dit : « Je veux sortir, j'ai vingt-deux ans, je suis libre. » On ferme la porte ; il veut passer par la fenêtre. Son médecin lui donne du bromure : il dort quatorze heures. Le lendemain et les jours suivants il veut sortir encore. Il faut veiller sans cesse sans quoi il partirait.

6 mai. — Il est très abattu, reste étendu, immobile, « comme en léthargie ». Il ne mange plus, refuse tous

les aliments. Un jour pourtant il dit à sa mère tout bas : « J'ai faim » et prend un peu de pain sec. Il ne veut rien autre. Quand on veut lui faire prendre quelque chose il serre les dents. Il refuse à ses parents, mais ne refuse pas à un étranger.

16 mai. — Il vint à l'Hôtel-Dieu à la consultation de M. GILBERT-BALLET. La veille on l'avait déjà mené à l'hôpital et il avait été accepté dans le service. Mais dix minutes après il s'était évadé, avait marché tout le jour et toute la nuit suivante. Allé du côté de Gentilly, il avait ramassé de l'herbe « pour se rafraîchir la bouche » et en avait rempli ses poches. A 6 heures il s'était présenté chez un ami, M. A..., rue de Sèvres, qui le ramena à ses parents. On le fait revenir à l'hôpital d'où il essaie encore de s'évader.

Il refuse les aliments, accepte seulement un peu de pain qu'il garde dans la bouche. Il se lève de son lit et demande obstinément ses effets pour s'en aller. Puis il promet de ne plus partir, dit : « Je le jure ! » en levant la main. Parole brève très basse : état cataleptoïde. Il raidit son bras ; un peu de tachycardie.

Journée du 17 mai. — Le malade ne veut pas se coucher, cherche à se sauver. Il reste les bras levés sans bouger. Il mange un peu de pain sec et finit par se coucher et s'endormir vers midi. Dans l'après-midi il se lève très souvent, cherche à s'en aller. Il mange mal et reste triste. Il a été à la selle.

Nuit du 17 mai. — Il dort toute la nuit.

Journée du 18 mai. — Il dort une partie de la matinée puis refuse de déjeuner. Après midi il s'agenouille au moins pendant une heure sur son lit, un chapelet à la main. Il se recouche et une heure après recommence. Comme dîner il mange un peu de soupe : il va à la fenêtre et y reste, l'air pensif. Selle. Dans la journée il a encore cherché à partir.

Nuit du 18 mai. — Très agité de 7 heures à 11 heures. Il récite des prières, gesticule, lève les bras, puis se

lève, se met à genoux et pleure en demandant ses effets. Le reste de la nuit est calme.

Journée du 19 mai. — Il se lève à chaque instant, dit des prières, invoque les saints, refuse de se recoucher, repousse les aliments. L'après-midi l'agitation continue ; il balbutie des mots incompréhensibles. A 4 heures on le gave, après quoi il sommeille. Selle.

Nuit du 19 mai. — Il se lève deux fois et refuse de se recoucher. Crises de larmes..

Journée du 20 mai. — Même état : agitation ; il tint son chapelet à la main, marmotte des prières, se met à genoux, refuse de manger. On le gave, mais il se débat et ne veut pas se laisser faire. Le soir le gavage ne réussit pas, car le malade rejette tout. Il mange cependant un gâteau apporté par sa famille. Urine bien. Un peu de diarrhée. Quelques heures de calme à la fin de l'après-midi.

Nuit du 20 mai. — Crise épileptiforme. Pâleur, écume à la bouche ; il fait sous lui. Puis il récite des prières, chante. Cet état dure de huit heures à minuit. Après, crise toute les dix minutes.

21 mai. — Le malade est très affaîssé. Ces jours derniers l'examen physique avait révélé une anesthésie légère du membre inférieur gauche, de la dilatation pupillaire ; les réflexes étaient normaux. Il y avait quelques troubles vaso-moteurs, de la cyanose des extrémités, de la tachycardie. Le malade était très amaigri et l'auscultation des poumons révélait une respiration rude aux deux sommets. Aujourd'hui il présente un peu de dyspnée, toussé péniblement et expectore des crachats muqueux et muco-purulents.

A la palpation du thorax exagération des vibrations. A l'auscultation, râles sous-crépitañts secs à la partie moyenne du poumon gauche.

Pouls rapide, un peu faible à 110.

Nuit du 21 mai. — Le malade étouffe. Il demande à voir ses parents et ne dort que deux heures.

22 mai. — Les symptômes généraux et locaux s'accroissent : la face du malade est livide, les yeux effarés, la physionomie hagarde. Le pouls est à 120 ; il est faible. Le malade se plaint. A l'auscultation les foyers de râles sous-crépitants se sont étendus à gauche : on en perçoit également à droite à peu près au même niveau. En outre aux deux bases on entend une pluie de râles fins.

Les battements du cœur sont encore bien frappés. Les urines sont foncées et assez rares, sans albumine. Le foie est normal, la rate perceptible à la percussion. Le malade se plaint de la tête. Son état mental s'est beaucoup amélioré. Quelques troubles digestifs, un peu de diarrhée et par instants des nausées. La température jusqu'alors normale a monté depuis hier aux environs de 40 degrés.

Mort à 9 h. 1/2 du soir.

AUTOPSIE le 24 mai à 10 heures du matin.

Poumon gauche. — Hépatisation rouge occupant les deux tiers inférieurs.

Aux deux poumons le sommet, ou plutôt le lobe supérieur, présente des granulations grises tuberculeuses, quelques tubercules crétacés et de la sclérose pulmonaire péri-tuberculeuse, surtout marquée à gauche.

Crâne et encéphale. La boîte crânienne a l'air plutôt mince, le frontal surtout.

La dure-mère ne présente rien d'anormal.

Le *cerveau* maintenu en place, on constate un degré assez marqué de congestion veineuse et à gauche, le long de quelques vaisseaux, de petites granulations jaunes, discrètes, qui paraissent être des lésions tuberculeuses.

La base ne présente rien d'anormal ; pas de granulations tuberculeuses. Le tronc bacillaire paraît peut-être d'un diamètre un peu petit.

Examen de la convexité. — Au voisinage de la scissure de Sylvius sur la première temporale à droite, la pie-mère est épaissie et se détache difficilement en empor-

tant par endroit la partie superficielle de l'écorce. Sur la face externe la pie-mère s'enlève plus facilement : la substance corticale apparaît rouge. Sur certains points comme au niveau de la première temporale il y a adhérence plus intime et la substance corticale ramollie s'en va avec la pie-mère. Ce n'est que la partie la plus superficielle de la substance cérébrale qui se détache, si bien qu'on ne constate pas de véritables ulcérations comme dans la paralysie générale. En dehors des quelques granulations précédemment signalées on n'en retrouve plus à la décortication du cerveau.

La moelle a un aspect congestionné. L'axe gris présente un léger pointillé hémorragique. Au niveau de la substance blanche on ne constate à l'œil nu aucune lésion (1).

Donc chez ces quatre malades la méningite tuberculeuse ne fut pas même soupçonnée et constitua une trouvaille d'autopsie. C'est que rien en effet ne pouvait mettre sur la voie de la vérité.

Sans doute la complexité et le polymorphisme de la symptomatologie de la méningite tuberculeuse sont considérables. Tel signe qui, à juste titre, passe pour capital, peut parfois n'acquérir qu'une valeur médiocre ou même ne pas exister. Cependant on peut d'habitude établir une synthèse clinique qui se rapproche plus ou moins du tableau schématique de la maladie. « Cliniquement, dit M. HUTINEL (2), il n'y a pas deux méningites tuberculeuses absolument

1. Au moment où il nous faut mettre sous presse l'examen histologique n'avait encore pu être fait.

2. Hutinel, *loc. cit.*, p. 318.

pareilles. Cependant il y a dans le tableau de la maladie de grandes lignes qui ont frappé tous les observateurs. »

Ici ces grandes lignes manquent elle-mêmes. Et non seulement elles manquent, mais encore les symptômes que l'on peut recueillir simulent, avec une exactitude parfois déroutante, certaines formes d'aliénation mentale : aussi ne peut-on en établir exactement la valeur séméiologique.

Signes physiques nuls, symptômes fonctionnels étranges, évolution mensongère : tout contribue à égarer le diagnostic.

On a déjà vu, dans les groupes précédents, la méningite tuberculeuse prendre les allures de la manie aiguë, du délire des persécutions, du délire érotique, du *delirium tremens*, de la confusion mentale, de la dépression mélancolique, etc. Mais tôt ou tard un symptôme était là pour nous dénoncer la simulation et nous renseigner sur la valeur véritable de ces troubles mentaux. Rien de semblable ici. Il semble que ce soit une gageure pour dérouter le clinicien : non seulement la méningite tuberculeuse ne ressemble plus, même de loin, à son type classique, mais encore dans cette forme anormale chaque cas revêt une physionomie particulière : la dissemblance clinique des quatre observations précédentes, voilà au premier abord leur caractère le plus saillant : délire hypochondriaque, délire érotique, paralysie générale, démence précoce, telles sont les modalités très différentes qu'elles ont affectées.

Il en résulte qu'en l'absence des signes somatiques caractéristiques et en présence de la diversité des symptômes mentaux, il devient impossible, dans de pareils cas, de faire un diagnostic clinique exact. Peut-être en raison de l'allure un peu particulière des perturbations psychiques, ou bien à cause de certaines circonstances spéciales (présence d'une tuberculose pulmonaire avancée par exemple, comme dans l'observation XXIX), pourrait-on soupçonner une méningite tuberculeuse. Jamais on ne pourra l'affirmer. Seuls les procédés de laboratoire seront capables d'établir alors des données positives.

Par sa symptomatologie qui relève exclusivement du domaine psychique, ce groupe d'observations paraît donc bien mériter de constituer la forme mentale proprement dite de la méningite tuberculeuse. Des observations ultérieures permettront sans doute de la mieux caractériser.

IV

Étude de quelques symptômes en particulier

Après avoir vu quelle place pouvait tenir la seméiologie mentale dans le tableau clinique de la méningite tuberculeuse, il convient d'examiner en particulier quelques-uns de ces symptômes psychiques pour étudier quels sont leurs caractères et de

quelles différentes modalités on les trouve revêtus.

Délires. — Dans la plupart des méningites tuberculeuses, le délire pour n'être qu'un phénomène de deuxième ordre n'est cependant pas rare. « C'est généralement un délire doux, calme, avec marmottement et mouvements automatiques longtemps répétés ; parfois cependant c'est un délire violent avec agitation et impulsions motrices. Même dans ce cas il est rarement continu ; dans l'intervalle des accès, le malade retombe dans sa somnolence ou bien récupère pour un temps toute sa lucidité. » (1). En somme ce délire de la méningite tuberculeuse banale est un phénomène instable et éminemment variable dans son intensité, ses formes et sa marche.

Dans les cas qui nous occupent le délire devient une des manifestations principales de la maladie. Son intensité peut être extrême et sa continuité déconcertante : enfin il est le plus souvent semblable à lui-même pendant une assez longue période, et, ne portant alors que sur un groupe particulier d'idées, il se rapproche de la systématisation.

Quel est le moment d'apparition du délire au cours de la méningite tuberculeuse ? Pendant la période prodromique, il est chose assez rare, et il s'agit plus souvent alors de perversions des sentiments, ou de certains états confusionnels accompagnés de dépression et d'incohérence. Cependant la malade de l'observation XV fut affectée, deux mois environ avant

1. HUTINEL, *loc. cit.*, p. 323.

l'éclosion des premiers symptômes de la méningite, d'un délire de persécution très manifeste.

C'est surtout au début de la période d'excitation que l'on rencontre le délire. Il en est même parfois l'unique symptôme. D'autres fois il fait partie d'un tableau clinique assez particulier : il s'associe à des hallucinations terrifiantes, de l'agitation, des tremblements et offre les particularités du délire alcoolique. Plus tard seulement quelque signe somatique viendra en donner l'explication.

Souvent aussi le délire apparaît au moment où la méningite tuberculeuse est déjà en pleine évolution, et il en constitue alors le phénomène le plus aigu et le plus dramatique. D'autres fois au contraire, mais ces cas sont plus rares (obs. VI), sa durée persiste pendant toute l'évolution de la maladie.

Son intensité varie sans doute avec chaque observation, mais fréquemment il s'agit d'un délire violent, furieux, accompagné d'agitation, de cris, de vociférations. Après une durée plus ou moins longue, il est habituellement suivi d'une torpeur profonde ou tout au moins de dépression psychique, état qui précède le coma. Quelquefois cependant après une période de calme le délire reparait. Ainsi dans l'observation XII la méningite ne se manifeste presque uniquement que par des phases successives de délire et de torpeur.

Quant aux variétés qu'affectent les idées délirantes, elles sont multiples. Il s'agit parfois d'un délire simple, sans caractères bien particuliers, fait d'idées

incohérentes, diverses, mobiles, accompagné d'agitation. D'autres fois, après une période plus ou moins longue d'instabilité, il prend une forme fixe et ne comporte alors que certaines idées particulières : idées de persécution, idées érotiques, idées religieuses. Il se forme ainsi de véritables systématisations : chaque fois que le délire apparaît, il est semblable à lui-même, et forme un ensemble cohérent (obs. II, IV, VI, XXVIII, etc.).

Il est probable que ces idées délirantes sont le plus souvent en rapport avec les préoccupations habituelles du sujet ; il en était ainsi dans beaucoup de nos observations et notamment dans les nombreux cas de délire professionnel ; la tournure que prit le délire dans les observations d'enfant confirme cette opinion.

Enfin il n'existe pas un rapport nécessaire entre l'intensité du délire et la température. Certains délires violents ne s'accompagnaient d'aucune hyperthermie. Ce fait en rend plus difficile encore l'interprétation clinique.

Hallucinations. — Ce trouble de la perception et de la représentation, accompagne parfois le délire. Dans les cas rapportés plus haut les hallucinations les plus fréquemment observées furent celles de la vue : Cette constatation n'a rien de surprenant si l'on songe que ce sont ces hallucinations qui prédominent dans les intoxications. Elles acquièrent leur plus grande intensité lorsque la méningite tubercu-

leuse emprunte la forme du *delirium tremens* ; elles reproduisent alors une série de tableaux d'un caractère terrifiant. Le patient croit voir des animaux hideux, ou bien des assassins, des gendarmes, qui se précipitent sur lui ; et comme « l'action est le critérium suprême de la croyance » (BAIN), il cherche à se défendre, s'arme de ce qu'il trouve et brise tout. Dans l'observation VI ces hallucinations prirent un caractère macabre : le malade se croyait mort et voyait dans la salle ses parents arrivés pour assister à son enterrement ; ou bien il protestait contre les mutilations faites à son cadavre pendant la nuit.

Chez les enfants la terreur produite par les hallucinations visuelles est parfois plus grande encore.

Ces hallucinations paraissent d'ailleurs moins variées.

Une petite fille, nouvelle *Macbeth*, s'emploie avec ardeur à essuyer une tache de sang qu'elle aperçoit sur ses draps (obs. I). Un jeune enfant de trois ans et demi voit des mouches qui le piquent, des chats, des bêtes effrayantes, ou bien des enfants qui le frappent et le volent : il les montre du doigt aux personnes qui l'entourent et demande assistance (obs. II).

Quelquefois il existe en même temps plusieurs variétés d'hallucinations. Le petit malade de l'observation II avait des hallucinations tactiles qui s'ajoutaient à celles de la vue. Le sujet de l'observation VII offrait une prédominance des hallucinations de l'ouïe : il écoutait des personnages imaginaires, leur répon-

dait, puis était ressaisi par les hallucinations visuelles à caractères terrifiants.

Chez tous ces malades les hallucinations produisaient une réaction parfois très vive. D'autres au contraire les subissent passivement. Ainsi la jeune fille de l'observation III voyait un tableau noir avec un dessin qu'elle ne pouvait arriver à caractériser.

La *sensibilité viscérale* et la *cénesthésie* semblent avoir donné lieu à des hallucinations adéquates dans les observations XXXVIII et XXX.

Enfin l'observation I paraît avoir provoqué un certain degré d'*hallucination visuelle unilatérale*.

On ne saurait préciser quel est le moment où apparaissent ces hallucinations dans le cours de la méningite. Nos observations ne sont sur ce point ni assez complètes, ni assez explicites.

En tous cas ces hallucinations sont souvent le point de départ d'interprétations délirantes et d'états parfois profonds de confusion mentale. Ainsi elles déterminent quelquefois des actes impulsifs qui peuvent avoir, le cas échéant, les conséquences les plus graves.

Affaiblissement mental. — Si dans la période prodromique de la méningite tuberculeuse, se manifestent surtout des troubles des sentiments affectifs et moraux, les troubles intellectuels prédominent pendant la période d'état : mémoire, attention, association, représentation, jugement et raisonnement sont diminués, pervertis ou détruits. C'est là un fait banal qui se retrouve dans la plupart des maladies graves.

Pendant la période d'oscillation ou de rémission des signes somatiques, on peut observer une amélioration relative et même complète des symptômes psychiques et le malade paraît reprendre possession de sa personnalité. Mais dans la période terminale l'obnubilation mentale, la torpeur cérébrale, une stupeur profonde précèdent et annoncent le coma terminal.

Cette description générale est schématique, comme d'ailleurs est schématique la division de la méningite tuberculeuse en plusieurs grandes périodes. Bien souvent la réalité des faits s'en écarte.

En résumant nos observations nous avons bien souvent rencontré toute une catégorie de phénomènes psychiques, à type dépressif : c'est dans l'observation XIII qu'ils se montrent avec le plus de netteté : apathie, indifférence, torpeur intellectuelle, légère confusion des idées, telles en sont les manifestations principales. Le malade est renfermé en lui-même, taciturne ; il vit seul, évite les interrogations et les conversations ; son égoïsme devient immense : il se désintéresse de tout et de tous. Parfois une sensation de lassitude générale s'ajoute à ces troubles mentaux.

Tout ceci se rapproche beaucoup de l'état mental de certains tuberculeux pulmonaires chez lesquels on ne rencontre aucune localisation méningée ou cérébrale. Ces phthisiques réalisent, surtout au début de leur maladie, un tableau clinique qui se rapproche beaucoup de celui de la neurasthénie. L'*euphorie* ne se manifeste que plus tard, à la dernière période.

Ces troubles neurasthéniques et cet état de dépression mélancolique qui relèvent chacun d'une intoxication de l'écorce cérébrale par les toxines tuberculeuses, sont intéressants à rapprocher ici.

Somnolence. Torpeur. — Aux accès de délire violent et d'agitation désordonnée succède presque toujours une phase d'obtusion cérébrale et de torpeur profonde. « Suivant une loi classique de physiologie générale, l'atteinte morbide de l'élément anatomique, en l'espèce le neurone cortical, s'est traduite d'abord par l'irritation, puis par l'épuisement fonctionnel de la cellule qui va mourir. » (1). Quelquefois ces états dépressifs s'installent presque dès le début de la méningite tuberculeuse, à la suite d'une attaque apoplectiforme par exemple, et persistent jusqu'à la fin (obs. XV). D'autres fois ils alternent avec la réapparition du délire. Ils consistent dans un état de stupeur, pendant lequel tout phénomène d'ordre psychique paraît supprimé et où les réflexes les plus élémentaires de défense et de conservation subsistent à peine : si l'on arrive à tirer le malade de sa torpeur, il paraît hébété et stupide, il gémit, marmotte quelques paroles sans suite et retombe dans son inconscience.

Cette dépression profonde se retrouverait dans certaines méningites tuberculeuses des très jeunes enfants. MM. LESAGE et ABRAMI (2) ont décrit récem-

1. DUPRÉ. « Psychopathies organiques, in *Traité de Path. mentale de Gilbert-Ballet*, p. 1109.

2. LESAGE et ABRAMI. Soc. méd. des hôp., 1^{er} février 1906.

ment une forme de méningite tuberculeuse de la première enfance dont la somnolence est l'élément essentiel (1) : « L'enfant repose des heures entières dans le décubitus dorsal, les muscles mous en résolution ; il ne s'éveille plus pour demander à boire ; il faut bientôt pour le tirer de sa torpeur l'examiner, le palper, imprimer à ses membres des mouvements variés : *il semble alors indifférent à tout ce qui l'environne, étranger au monde extérieur* ; lui présente-t-on le sein, le biberon, le réflexe de succion s'ébauche à peine en général, et rapidement disparaît. A l'accès de sommeil a succédé la torpeur permanente. »

Il convient de rapprocher ces faits de ceux que nous avons signalés plus haut et dans lesquels la méningite tuberculeuse s'était manifestée chez des enfants par des signes d'excitation mentale. Ainsi, malgré les assertions des classiques, on peut rencontrer chez les jeunes des méningites tuberculeuses où les manifestations motrices n'occupent plus la place la plus importante dans le tableau clinique et où la symptomatologie mentale, bien que fruste, attire surtout l'attention.

Signes somatiques coexistants. — Dans les formes de méningite tuberculeuse où prédominent les phénomènes psychiques, il est banal de voir la symptomatologie somatique considérablement réduite.

1. Observations in thèse de LAFOURCADE, Paris, 1906.

« Un point important, dit CHANTEMESSE, à noter dans ces formes où le délire tient une si grande place c'est que les vomissements et les modifications du pouls, phénomènes bulbaires, sont peu fréquents et comme effacés ; la lésion de l'écorce cérébrale occupe le premier rang et le détient à son profit. » (1). Les phénomènes basilaires, le signe de Kernig, en un mot tous les grands symptômes méningés, peuvent n'exister qu'à l'état d'ébauche. Nous les avons même vus complètement supprimés dans quelques observations. Et lorsqu'on les rencontre il semble exister une sorte d'antagonisme entre ces grands signes somatiques et les phénomènes mentaux : c'est lorsque ceux-ci s'effacent que ceux-là font leur apparition.

D'autres fois aussi, les symptômes somatiques coexistants sont eux-mêmes anormaux : crises épileptiformes ou apoplectiformes, hémiplegie, parésies, paralysies, troubles aphasiques, etc. On voit combien dans tous ces cas le problème diagnostique devient ardu et compliqué, et combien la seule clinique est frappée d'impuissance en présence de faits d'une pareille complexité.

1. CHANTEMESSE, *loc. cit.*, p. 18.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de méningite tuberculeuse mentionnées dans les observations précédentes, pour avoir été quelquefois des trouvailles d'autopsie, n'en sont pas moins des lésions typiques et caractéristiques. Granulations tuberculeuses, exsudats, congestion méningée, etc. ne se différenciaient pas des lésions analogues rencontrées dans les cas où la méningite avait revêtu son allure clinique habituelle. Ainsi les cas anormaux par leur forme clinique, leur marche, leurs symptômes, rentrent dans la banalité au point de l'anatomie pathologique. Peut-être cependant pourrions-nous noter dans quelques observations une abondance plus considérable du liquide céphalo-rachidien et une dilatation plus prononcée des ventricules latéraux.

Il ne faut donc pas s'attarder ici à étudier des lésions qui furent normales et dont la description se trouve dans tous les traités.

La situation des altérations bacillaires des méninges par rapport à la topographie de l'écorce céré-

brale a paru à juste titre intéressante à bien des observateurs. Nous avons rencontré 7 fois des produits tuberculeux prédominant à la base, 4 fois à la convexité. Dans 12 cas ils se montraient un peu partout.

Lorsque la localisation de ces lésions a pu être notée exactement, elles étaient placées 6 fois au niveau des lobes frontaux, 1 fois du lobule paracentral, 1 fois de la scissure calcarine, presque toujours de la scissure de Sylvius, 4 fois du cervelet.

Sans doute la base du cerveau, siège le plus habituel des lésions de la méningite tuberculeuse, est ici moins affectée, et les produits tuberculeux prennent une plus grande diffusion. C'est cette diffusion d'ailleurs qui paraît être le phénomène le plus important dans la forme mentale, car elle contribuera puissamment à l'intoxication de l'écorce tout entière. Quoi qu'il en soit, les chiffres précédents ne sont pas assez caractéristiques pour qu'on puisse en tirer des conclusions bien fermes.

Mais dans ces méningites à forme mentale le gros intérêt de l'anatomie pathologique réside tout naturellement dans les lésions de l'écorce cérébrale. L'observation VII, qui s'est déroulée devant nous au point de vue clinique, a été étudiée sous ce rapport et fait partie d'un important travail récemment paru (1). D'autres études analogues ont été

1. LAIGNEL-LAVASTINE. « Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux. » *Revue de médecine*, 10 mars 1906.

publiées ces dernières années (1). Voici les différentes altérations qui ont été notées.

Les *altérations cellulaires* ont été examinées principalement sur les grandes cellules pyramidales et sur les cellules pyramidales géantes ; elles sont variables et M. Armand Delille les range dans sa thèse en quatre groupes selon leur intensité :

a) Chromatolyse partielle avec état poussiéreux du protoplasma ;

b) Chromatolyse avec chromophilie du noyau ;

c) Tuméfaction globuleuse avec ou sans excentration du noyau ;

d) Désintégration moléculaire, avec désintégration plus ou moins intense du noyau.

Ces altérations se rencontrent surtout au niveau des lésions méningées, mais dans les méningites à durée un peu longue elles peuvent se rencontrer jusque dans des régions où les méninges sus-jacentes sont intactes. « Entre les lésions méningées et les lésions corticales, écrit M. Dupré (2), il existe une relative indépendance : si toute altération de la pie-mère entraîne nécessairement des modifications dans les cellules pyramidales, ce retentissement cor-

1. ARMAND DELILLE. *Rôle des poisons du bacille de Koch dans la m. tub. et la tub. des centres nerveux*. Th. Paris, 1903. Plusieurs communications du même auteur (Voir *Bibliographie*).

P. THOMAS. *Sur les altérations du cortex dans les méningites*. Thèse de Lyon, 1902.

2. DUPRÉ. *Traité des mal. de l'enfance*, t. IV, p. 24.

tical n'est pas directement proportionné à l'intensité des lésions méningées. »

Les *altérations vasculaires* ou plutôt péri-vasculaires de l'écorce consistent dans des gaines de leucocytes qui entourent les vaisseaux au-dessous des territoires atteints par la méningite.

Enfin le *tissu névroglie* présente une augmentation et une prolifération qui, pour n'être pas toujours excessives, n'en sont pas moins constantes.

Les lésions méningitiques du cervelet, du bulbe et de la moelle, ne sont pas rares dans nos observations quoique en général beaucoup plus discrètes. Comme dans l'écorce cérébrale, les préparations microscopiques décèlent ici, avec des altérations de l'élément noble, des lésions périvasculaires et névrogliales.

Les autres organes montrent souvent des lésions bacillaires. Les poumons étaient atteints, et presque toujours gravement dans la plus grande partie de nos observations. Sept fois seulement sur trente observations les poumons étaient indemnes de tuberculose : encore sur ces sept cas, deux fois l'autopsie n'avait pas été pratiquée, et une fois les accidents méningés avaient été suivis de guérison.

Le foie est souvent atteint par la tuberculose, mais on y rencontre aussi des altérations d'origine diverses. Cette coexistence de lésions hépatiques et méningées présente un très grand intérêt au

point de vue de la pathogénie de certaines formes mentales.

Enfin la tuberculose des reins, de la pèvre, des ganglions trachéo-bronchiques, des vertèbres, etc., existait quelquefois dans nos observations.

Dans un seul cas (obs. XXVIII) tous les organes paraissaient sains à l'exclusion des méninges. C'est ce qui nous empêche de conclure que les méningites tuberculeuses à symptomatologie mentale sont toujours secondaires. Encore faut-il songer à la facilité avec laquelle les lésions tuberculeuses des différents organes et surtout du poumon peuvent échapper à la recherche la plus scrupuleuse pendant le cours d'une autopsie. Peut-être en fut-il ainsi dans l'observation XXVIII.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

I

Toutes les causes qui entrent dans l'étiologie générale de la méningite tuberculeuse sont évidemment applicables aux cas que nous étudions ici. C'est pourquoi nous n'aurons qu'à rechercher quelles sont celles qui influent plus spécialement sur la production des troubles mentaux rencontrés au cours de cette affection.

Une des plus importantes est l'hérédité. On sait combien l'hérédité névropathique est fréquente dans l'étiologie des psychoses de toutes natures. D'autre part la tuberculose des ascendants se traduit souvent chez les descendants par des perturbations psychiques. Aussi ne serons-nous pas étonnés de voir dans la statistique des cas précédents, l'hérédité tuberculeuse tenir un rang aussi élevé que l'hérédité névropathique.

Sur onze observations dans lesquelles sont notés les antécédents héréditaires des malades, on ren-

contre quatre fois la tuberculose pulmonaire, trois fois des phénomènes névropathiques ou vésaniques, et une fois une association de tuberculose et de névropathie.

Trois fois seulement l'hérédité paraissait saine. En établissant le pourcentage de ces chiffres on se rend compte que dans 52,5 0/0 des cas où les troubles mentaux prédominent dans la symptomatologie de la méningite tuberculeuse, les générateurs étaient entachés des affections qui peuvent créer, chez leurs descendants, des formes diverses d'aliénation mentale.

Ces chiffres sont éloquents et montrent mieux que toutes les considérations, la valeur étiologique de l'hérédité toutes les fois qu'il s'agit de perturbations psychiques : « L'hérédité fait à chacun de nous une destinée particulière ; chacun de nous est la conséquence organique nécessaire de certains antécédents organiques, et il est impossible d'échapper à la tyrannie de son organisation. » (1).

A une hérédité défectueuse, chargée comme dans les cas précédents de tuberculose d'alcoolisme ou de névropathie, succèdent chez les enfants soit des tares évidentes, soit des prédispositions pathologiques qui n'attendent pour éclore que la faveur d'une cause occasionnelle parfois banale. « Aux yeux du savant, dit Flechsig (2), certaines formes d'hérédité

1. MAUDSLEY. *Pathologie de l'esprit*, p. 93.

2. FLECHSIG. *Etudes sur le cerveau*, p. 21.

(non quelconques d'ailleurs) représentent déjà un trouble d'esprit sinon actuel, du moins potentiel. » Aussi ces héréditaires sont-ils frappés dans des circonstances où d'autres n'ont pas de peine à résister. Tel phthisique, issu de souche saine, est atteint de graves lésions pulmonaires et succombe à ces lésions sans jamais présenter de localisations méningées de la tuberculose. Tel autre au contraire, dont « la mère est très nerveuse » ne tarde pas à être frappé par une méningite tuberculeuse à forme délirante alors que seulement quelques ganglions trachéo-bronchiques sont caséeux (obs. IV). C'est que, dans ce dernier cas, « l'écorce grise représente le *locus minoris resistentiæ* en cause, et c'est elle qui est l'appel des lésions méningées : il ne faut voir là qu'une conséquence pathologique des étroites relations anatomiques et fonctionnelles qui font des méninges et de l'écorce cérébrale un système organique solidaire et continu » (1).

Les antécédents personnels peuvent aussi jouer un grand rôle dans l'étiologie de la forme mentale de la méningite tuberculeuse. Ainsi nous avons relevé au sujet des observations d'enfants combien fréquemment ces petits malades avaient été déjà atteints par des maladies infectieuses. Les observations dans lesquelles le passé pathologique du patient a été soigneusement noté, sont pour la plupart con-

1. DUPRÉ. Art. « Méningites », in *Manuel de médecine de Debove et Achard*, t. III, p. 112.

cluantes à ce point de vue. Il est certain que les *affections cérébrales ou nerveuses* antérieures ont une importance plus considérable encore : le malade de l'observation XVIII avait eu, quelques années avant la méningite, un rhumatisme articulaire aigu avec accidents cérébraux. Les *traumatismes craniens* ou les traumatismes s'accompagnant de *commotion cérébrale* peuvent être placés sur le même plan.

Les *intoxications* contribuent pour une large part à la genèse des phénomènes mentaux de la méningite tuberculeuse. Tous les poisons qui ont une action élective sur les centres nerveux, peuvent manifester, à des degrés divers, une pernicieuse influence. Mais l'alcool dont l'abus regrettable est presque entré dans les mœurs, est, parmi les toxiques, le facteur de beaucoup le plus important de perturbations psychiques : six fois sur vingt-quatre observations d'adultes, l'alcoolisme était avoué. Mais cette proportion est certainement bien au-dessous de la vérité si l'on songe à la dissimulation si fréquente de l'éthylisme, et d'autre part à l'impossibilité d'obtenir des renseignements de certains malades entrés à l'hôpital dans un état de délire très violent bientôt suivi de coma et de mort.

La résorption continue de toxines sécrétées par l'organisme doit au même titre que les intoxications d'origine externe favoriser l'éclosion des troubles mentaux de la méningite tuberculeuse (1).

1. Lire à ce sujet l'observation IX de la thèse de M. MAURICE FAURE (*op. cit.*), dans laquelle des altérations méningées coexis-

Enfin pour ce qui a rapport à la diversité des phénomènes psychiques observés, selon les différents malades il faut tenir compte de la réaction cérébrale individuelle et de la formule mentale personnelle (Dupré) du sujet. « Le malade a en lui une foule de déterminants psychopatiques ; et son caractère, gai ou confiant, son énergie, sa volonté, ses connaissances intellectuelles, impriment constamment leur cachet au délire. Tout en se mouvant dans le cadre vésanique déterminé par la cause actionnante, il peut encore se montrer très personnel. Triste, il le sera surtout par ses gestes ; déprimé, il ira plus ou moins vite au refus des aliments ; il concevra des tableaux terrifiants en rapport avec son imagination, manifestera des idées de scrupule, des idées de dévotion ou de possession. Tel deviendra érotique, alors que tel autre sera poussé vers le mysticisme et que tel autre encore se transformera en persécuté. » (1).

C'est pour des raisons inverses que les enfants réagissent très peu par leurs fonctions psychiques aux lésions anatomiques et toxiques de la méningite tuberculeuse. Leur cerveau est en effet trop tardivement formé au point de vue psychologique : ils sont encore dans la période d'acquisitions et collection-

taient avec des lésions profondes du foie, et dans laquelle le syndrome mental observé paraissait tenir de l'une et l'autre causes.

I. E. TOULOUSE. « De la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans les maladies mentales ». *Gaz. des hôp.*, juin 1895.

nent les sensations avant de les comparer entre elles : ils ne possèdent pas encore ces associations d'idées que l'habitude a rendues indélébiles chez l'adulte et dont les groupements particuliers constituent la personnalité. Au contraire leurs acquisitions motrices sont beaucoup plus rapides, et, à l'encontre des maximes des sages, la nature enseigne à agir avant d'apprendre à penser.

La motilité des enfants est relativement parfaite alors que leur mentalité est encore tout à fait primitive. Aussi la méningite tuberculeuse en réagissant sur l'écorce, se manifeste-t-elle presque toujours *chez* eux par des symptômes moteurs, et presque jamais par des symptômes mentaux.

II

Dans l'anatomie pathologique des méningites tuberculeuses, seules les lésions corticales peuvent nous intéresser ici. Cette atteinte de l'écorce cérébrale provient de deux sources :

1° Altérations anatomiques consistant en dégénérescences d'origine surtout vasculaire, limitées au voisinage des lésions méningées.

2° Altérations toxiques résultant non seulement des poisons tuberculeux sécrétés au niveau des lésions méningées, mais encore des toxines, tuberculeuses ou autres, produites dans les différents organes.

Les premières de ces lésions acquièrent surtout

une grande importance dans les méningites tuberculeuses banales, car leur localisation principale à la base et sur l'origine apparente des nerfs explique la plupart des grands symptômes somatiques de l'affection. Sans doute elles agissent sur l'écorce, et, soit par simple rapport de contiguïté, soit surtout par l'intermédiaire de troubles vaso-moteurs, elles déterminent des perturbations néfastes au jeu normal des cellules corticales. Mais à elles seules, ces altérations ne peuvent toujours suffire à expliquer la genèse des phénomènes mentaux. Précisément à cause de leur trop grande localisation, elles semblent pouvoir être assimilées à certaines tumeurs limitées des centres nerveux, qui, le plus souvent, évoluent sans donner lieu à une psycho-séméiologie appréciable.

Les toxines, au contraire, en provoquant à distance, par leur diffusion, des lésions des cellules corticales, semblent donner à la pathogénie des troubles mentaux de la méningite tuberculeuse une plus grande netteté. En effet, selon les très heureuses expressions de M. Dupré, « les fonctions psychiques représentant le produit complexe des activités de perception et d'association disséminées dans tout l'encéphale, ne peuvent reconnaître de localisation ni régionale, ni lobaire, et elles possèdent par conséquent dans l'écorce et ses dépendances un substratum essentiellement diffus. L'appareil anatomique de la psychicité, comprenant dans sa composition tous les appareils fonctionnels de l'encéphale, est comme un orchestre, dont l'existence n'est faite que de l'asso-

ciation de tous les instruments qui le composent» (1).

Sans doute, dans ces dernières années, ce fait même de la diffusion des lésions toxiques a été mis en doute (2), et il s'est produit une lutte assez vive entre les partisans et les adversaires de cette doctrine. Mais il semble que ces divergences résultaient de ce que les expérimentateurs ne s'étaient pas rigoureusement placés dans les mêmes conditions d'expérience (3). Quoi qu'il en soit, les travaux les plus récents (4) montrent que dans les cas de méningite tuberculeuse humaine ces lésions à distance existent vraiment : « On observe dans la méningite tuberculeuse, écrit M. Laignel-Lavastine, des lésions cellulaires corticales qui ne dépendent pas uniquement des lésions méningo-vasculaires. Ces lésions plus ou moins intenses ont les caractères généraux de réactions à des poisons. Nous pensons d'ailleurs qu'il n'y

1. DUPRÉ. *In Traité de Path. mentale de Gilbert-Ballet*, p. 879.

2. ARMAND-DELILLE, *op. cit.*

MÉRY et ARMAND-DELILLE. *In Mal. de l'enfance*, t. IV, p. 52.

3. Nous ne prétendons pas contester ici les résultats de M. ARMAND-DELILLE et de tous les expérimentateurs qui ont produit sur les animaux la méningite tuberculeuse. Mais nous croyons que leurs toxines *faites avec certains extraits de bacilles tuberculeux*, ne correspondaient pas aux *associations de toxines*, tuberculeuses et autres, qui agissent dans la méningite tuberculeuse clinique.

4. LAIGNEL-LAVASTINE, « Rech. histologiques sur l'écorce cérébrale des tub. ». *Revue de Médecine*, 10 mars 1906.

PIERI. *La clinica medica italiana*, 1902, n° 6 (cité par le précédent).

a pas que les poisons tuberculeux pour les produire car elles n'ont rien de spécifique (*op. cit.*). »

Ce dernier point est de la plus haute importance : il ouvre des horizons sur certains groupes de synergies morbides qui renforcent fréquemment la méningite tuberculeuse. La plupart de nos autopsies, en effet, montraient des lésions souvent très profondes des poumons et du foie. On sait d'autre part que certains tuberculeux pulmonaires (dont l'autopsie ne révèle aucune altération microscopique ou macroscopique des méninges) montrent pendant leur maladie une mentalité particulière, qui peut quelquefois produire de véritables accidents vésaniques. Quant aux altérations tuberculeuses ou alcooliques du foie, on a étudié les troubles mentaux qu'elles pouvaient produire : et nous avons vu ici même que la coexistence des lésions hépatiques donnait au délire de la méningite tuberculeuse une teinte et une formule spéciale. Nous voilà donc au point de jonction de tous ces phénomènes qui paraissent être d'ordres si différents : il s'expliquent par l'altération toxique des cellules corticales, que les poisons viennent des méninges, du poumon ou du foie, et que ces poisons soient d'origine tuberculeuse, alcoolique, ou autre.

Mais, dira-t-on, si l'imprégnation et l'altération des cellules corticales a tant de chances de se réaliser, pourquoi, en pareille occurrence, tous les porteurs de lésions méningitiques ou viscérales, pourquoi tous les intoxiqués ne délirent-ils pas ? et comment se fait-il que les accidents mentaux soient chose si

rare dans la méningite, la tuberculose pulmonaire, ou la cirrhose alcoolique ? C'est qu'il faut précisément que les cellules corticales offrent une aptitude à se laisser imprégner et altérer. Et c'est ici qu'interviennent les facteurs étiologiques qui ont été examinés plus haut. La réaction psychique sera d'autant plus vive et d'autant plus profonde que l'écorce cérébrale aura été mise par ses prédispositions innées ou acquises, dans un état de moindre résistance.

On en arrive ainsi à cette conception pathogénique que certains malades présentent de perturbations mentales non parce qu'ils portent en eux les lésions de la méningite tuberculeuse, mais parce qu'ils étaient déjà corticalement dégénérés.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

La variété et le polymorphisme des phénomènes mentaux rencontrés au cours de la méningite tuberculeuse s'opposent à leur utilité diagnostique. Seuls certains groupements classiques de signes physiques et de symptômes fonctionnels peuvent, au point de vue clinique, permettre d'affirmer l'existence de cette affection. Nous avons vu d'autre part qu'il existe une sorte d'antagonisme, grâce auquel les troubles psychiques et les symptômes somatiques tendent à s'exclure mutuellement du tableau clinique. Ces considérations montrent toute la difficulté que peut acquérir le diagnostic dans les formes ici étudiées.

Sans doute lorsque le délire ou les autres phénomènes psychiques apparaissent à la dernière période de la méningite et qu'ils ont été précédés par les signes somatiques habituels, le diagnostic peut être relativement facile (obs. II, III, IV, VII). Mais outre que ces cas sont les plus rares et que les symptômes primitivement observés sont le plus souvent frustes

et incomplets, il convient encore de ne pas s'en laisser imposer par la violence du délire et par l'atténuation apparente ou réelle des signes somatiques.

Lorsque les troubles mentaux ouvrent la scène, qu'ils appartiennent à la période prodromique ou à la période d'état, il devient bien difficile de formuler un diagnostic par les seuls moyens cliniques. Cependant, même alors, certaines circonstances peuvent aider à soupçonner la méningite sinon à l'affirmer : ce sont d'abord des troubles moteurs ou sensitivo-moteurs (ictus apoplectiforme, crises épileptiformes, choréiformes, paralysies, parésies, troubles aphasiques, etc.), qui, pour n'être pas communs dans le cours de la méningite, s'y rencontrent quelquefois cependant, et constituent, lorsqu'ils s'accompagnent de phénomènes psychiques, de bons signes de présomption. D'autres fois les syndromes mentaux simulés offrent des lacunes inexplicables ou prennent une allure insolite, faits qui peuvent éveiller l'attention : C'est ainsi que dans l'observation XIII on avait noté que la mélancolie avait affecté une forme un peu spéciale. Quoi qu'il en soit, dans des cas semblables la marche de la maladie et l'apparition plus ou moins tardive des grands symptômes somatiques finissent par laisser entrevoir la vérité.

Enfin, lorsque la méningite ne se traduit pendant toute son évolution que par des symptômes mentaux, la difficulté du diagnostic devient insurmontable à la clinique pure. Peut-être dans ces cas l'existence d'une tuberculose pulmonaire avancée

(obs. XXIX), la notion de tares héréditaires ou collatérales, l'existence d'affections cérébrales antérieures, et d'autres faits encore, pourraient-ils donner lieu à quelques présomptions. Mais on demeurerait forcément dans le domaine des hypothèses si quelques procédés de laboratoire ne venaient donner à l'investigation clinique un auxiliaire puissant.

La pratique de la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien sont devenus depuis quelques années des moyens classiques d'étudier les réactions méningées. La technique opératoire et microscopique en ont été rigoureusement établie : elle est simple d'ailleurs et permet de se faire une opinion quelques heures après la prise du liquide céphalo-rachidien.

Aussi, chez un malade qui présente des troubles psychiques dont il paraît difficile d'expliquer la nature, est-il absolument indiqué de pratiquer cet examen.

Obtient-on une lymphocytose abondante et pure ; et d'autre part le patient offre-t-il une tuberculose pulmonaire avancée, ou certains troubles de la motilité, ou encore un syndrome mental à allures un peu étranges ? Grandes sont les chances pour qu'il s'agisse alors d'une méningite tuberculeuse à forme anormale.

La lymphocytose en effet n'est pas seulement l'expression d'une invasion tuberculeuse des méninges ; il faudrait la constatation dans le champ du microscope d'un ou plusieurs bacilles de Koch pour

que le cyto-diagnostic fût entièrement positif à notre point de vue : mais cette circonstance est rare et une pareille recherche de ce bacille est malaisée. La lymphocytose se produit dans tous les processus à évolution lente qui affectent les méninges : et, parmi eux, il en est un qui est un des plus grands générateurs de perturbations psychiques : la syphilis.

Donc le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien ne peut nous renseigner que sur l'existence de lésions méningées, non sur leur nature. C'est un grand point pour établir le diagnostic, mais ce n'est pas tout.

L'inoculation au cobaye d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien achève alors de nous éclairer.

MM. Widal et Le Sourd, et bien d'autres observateurs, ont montré que le liquide des méningites tuberculeuses était extrêmement virulent. Il suffit d'en injecter au cobaye 1 centimètre cube ou même une fraction de centimètre cube, pour obtenir bientôt des lésions nettement tuberculeuses dont il devient facile de vérifier la nature sur des coupes histologiques. L'observation VI fournit au sujet de l'application de ces différents procédés les résultats les plus intéressants.

L'importance de ces divers procédés de laboratoire au point de vue du diagnostic de la méningite tuberculeuse à forme mentale est donc considérable. Il est évident que dans les cas où cette affection ne s'accompagnerait d'aucun symptôme somatique et

simulerait même de très près certaines formes d'aliénation mentale, ces mêmes procédés permettraient de trancher la question du diagnostic différentiel d'une façon bien évidente, et beaucoup plus positive que les plus subtiles discussions cliniques.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

« Le diagnostic de la méningite tuberculeuse est un véritable arrêt de mort. La méningite est fatalement mortelle », écrit M. Hutinel (1). Dans les cas où prédominent les troubles psychiques le pronostic paraît tout aussi redoutable.

Cependant le malade de l'observation VI a guéri : l'histoire clinique, le cyto-diagnostic et les inoculations positives au cobaye formaient un faisceau de preuves suffisamment fortes pour affirmer qu'il s'agissait vraiment d'une méningite tuberculeuse. N'était-ce donc qu'une *rémission prolongée* ? On a signalé quelques cas dans lesquels la disparition des phénomènes méningitiques avait paru si complète et si définitive que la guérison semblait devoir être assurée (2). Mais quelques mois, et même quelques années après (3), les symptômes reparaissaient

1. HUTINEL, *loc. cit.*, p. 339.

2. L'HOTE. *Des rémissions prolongées de la m. tub. de l'adulte*. Thèse de Lille, 1904.

3. MOUTARD-MARTIN. Soc. méd. des hôp., 18 mai 1905

et le malade était emporté par l'affection à laquelle il avait cru échapper.

Quoi qu'il en soit, il semble bien exister des cas, très rares il est vrai, dans lesquels la guérison aurait été bien évidente. MM. GROSS (1), CLAISSE et ABRAMI (2), VAQUEZ et DIGNE (3), en ont rapporté des exemples qui ne paraissent pas devoir prêter à discussion.

Aussi, malgré l'exceptionnelle gravité des cas de méningite tuberculeuse où prédominent les phénomènes mentaux, convient-il de garder cependant quelque espoir. Il faut d'ailleurs remarquer que le malade de l'observation VI dont les parents sont sains, qui n'a jamais fait aucune maladie, qui ne porte aucune autre lésion tuberculeuse apparente, qui est sobre et exempt de syphilis, réalise toutes les chances de résister au mal.

Le traitement général des méningites tuberculeuses s'applique à la forme mentale de cette affection.

« Purgatifs, calomel, iodure, vésicatoire, glace, disait TROUSSEAU, j'ai mis tout en œuvre avec aussi peu de succès. Découragé par mes inutiles tentatives, j'ai comparativement traité des malades avec des moyens énergiques et laissé les autres à l'expectation.

1. A. GROSS. « Zur Prognose der Meningitis tuberculosa ». *Berl. Klin. Woch.*, 18 août 1902.

2. CLAISSE et ABRAMI. *Soc. méd. des hôp.*, 18 mai 1905.

3. VAQUEZ et DIGNE. *Soc. méd. des hôp.*, 25 mai 1905.

tation ; or, je dois avouer que la terminaison funeste m'a paru arriver plus rapidement chez les premiers que chez les seconds. » C'est la faillite de la thérapeutique.

Cependant dans les formes mentales de la méningite tuberculeuse il semble que les grands bains chauds, tièdes ou froids suivant les cas, les injections de sérum artificiel, les lavements purgatifs, le calomel, en un mot tous les moyens qui pourront être mis en œuvre pour faire de la dérivation et débarrasser l'organisme des poisons qui intoxiquent l'écorce cérébrale, pourront sinon guérir, du moins apporter au malade quelques soulagements pendant les derniers moments de sa vie.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Le désordre intime apporté dans le jeu des cellules corticales par les lésions de la méningite tuberculeuse peut avoir sa répercussion jusque dans l'ordre social. « Qu'un enfant, dit Chantemesse, avant que la méningite se remarque, subisse des perversions de l'intelligence, qu'il devienne morose, mélancolique et irritable, le changement est pénible pour la famille mais il n'a pas au point de vue social des conséquences bien graves. Il en est tout autrement l'orsqu'il s'agit d'un adulte. » (1). Nombreux sont les délits et les crimes commis sous l'influence de la paralysie générale et l'alcoolisme par exemple, et dus à des lésions anatomiques et toxiques de la corticalité. La méningite tuberculeuse donnant lieu à des lésions analogues, il n'est pas étonnant qu'elle engendre de pareilles manifestations.

Dans plusieurs de nos observations en effet sont mentionnés des actes délictueux qui semblent bien

1. CHANTEMESSE, *loc. cit.*, p. 41.

avoir été commis sous l'influence de cette affection. Il est vrai que le plus souvent ces faits ne sont relatés que d'une façon accessoire, et que nous manquons de détails sur leur nature ou les circonstances qui les ont accompagnés. Ils n'en existent pas moins et dans une proportion assez importante. Cette proportion doit être plus considérable encore dans la réalité : dans certains cas en effet, il s'agit de méningites tuberculeuses latentes (1) dont le fait délictueux constitue la seule manifestation ; d'autres fois le délit éclate pendant la période prodromique, période qui précède souvent de longs mois les premiers symptômes de la maladie. Dans l'un comme dans l'autre cas, on comprend que la relation de cause à effet est souvent bien difficile à saisir, et qu'on n'ait même pu soupçonner l'existence d'une méningite tuberculeuse là où elle était la cause de tous les désordres ; le délinquant est donc considéré comme sain d'esprit et en pleine possession de ce qu'on est convenu d'appeler sa responsabilité ; le juge applique la peine sans s'embarrasser d'expertise médico-légale.

Tel était le cas du malade de l'observation XIII condamné pour vagabondage et dont l'état mental était cependant si précaire, qu'on ne tarda pas à le

1. CHANTEMESSE rappelle dans sa thèse l'histoire du criminel Menesclou, « condamné à mort pour viol et assassinat et à l'autopsie duquel on trouva des ganglions caséeux et des méninges adhérentes aux circonvolutions frontales », p. 41.

transporter à l'asile de Vaucluse où il mourut. Il en fut de même pour le sujet de l'observation XVI détenu également à la prison de la Santé pour un délit dont nous ignorons la nature. Dans l'observation XIV le malade, dont le caractère a changé depuis quelque temps, refuse sans motifs de payer les consommations qu'il vient de prendre et passe la nuit au poste de police. Enfin dans l'observation XXI un tuberculeux pulmonaire avancé commet un acte délictueux suffisamment grave pour le faire renvoyer d'une société de secours mutuels qui lui avait assuré jusqu'alors des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'une subvention journalière. Ce fut la première manifestation d'un dérangement mental qui conduisit le malade au cabaret d'abord, à l'hôpital ensuite : il y mourut en quelques jours rapidement enlevé par une méningite tuberculeuse suraiguë à forme insolite vérifiée à l'autopsie.

Voici donc quatre cas où le délit s'est produit pendant la période prodromique de la méningite tuberculeuse. De l'état d'irritabilité et de perversion mentale, que l'on observe en ce moment, à l'accomplissement du délit il n'y a qu'un pas. Aussi faut-il considérer ces délits comme l'équivalent d'un symptôme prémonitoire de la maladie.

Il existe tout un autre groupe de faits de même nature commis dans une période d'excitation ou de délire.

Un docteur en médecine (obs. XVIII), dont le caractère est notablement modifié depuis un an,

rentre chez lui au milieu de la nuit, annonce à sa femme qu'il va être gravement malade, puis est pris tout à coup d'un délire furieux, brise tout ce qui trouve à sa portée et aurait étranglé sa femme si l'on n'était parvenu à le maîtriser.

Un autre (obs. XXX) est enfermé à l'asile parce qu'il est dangereux pour lui-même et pour ses semblables : il est en proie à des idées de suicide, et de temps en temps, pendant des périodes de crise, il menace et frappe les personnes de son entourage.

Dans ces cas la filiation entre le délit et la maladie est évidente et le prétendu criminel ne saurait être rendu responsable de l'acte qu'il a commis dans un état de paroxysme morbide.

Nos observations sont trop peu nombreuses et trop succinctes, au point de vue médico-légal pour pouvoir étudier avec fruit quels sont les caractères des actes délictueux accomplis sous l'influence de la méningite tuberculeuse. Il semble cependant que ceux qui se produisent pendant la période prodromique prennent un caractère de bizarrerie et d'incohérence, analogue aux troubles mentaux que l'on observe alors. Ceux qui éclatent pendant une période d'excitation ou pendant un accès de délire, prennent plus volontiers les caractères de certaines impulsions violentes (1).

1. MM. THOINOT et RIBIERRE rapportent une observation que M. LANDON a consignée dans sa thèse. Il s'agissait d'un homme qui se promenait en chemise sur le boulevard Saint-Marcel. Il ne tarda pas à succomber à une méningite probable-

Quoi qu'il en soit, un médecin peut être appelé à se prononcer pour apprécier au point de vue médico-légal quel degré de responsabilité incombe à un individu qui vient de commettre un délit de la nature de ceux que nous venons d'examiner.

Le rôle du médecin légiste est facile dans le cas de délit commis pendant un accès de délire aigu. Les circonstances au milieu desquelles il s'est produit, les caractères de cet acte, les symptômes concomitants de déséquilibre mental, rendent bien évidente l'irresponsabilité de son auteur, et s'il n'est déjà en traitement, c'est devant le médecin et non devant le juge que l'on songe à le conduire.

Dans le cas où la méningite tuberculeuse simule un état démentiel entraînant lui-même l'irresponsabilité, le sujet bénéficie par le fait de cette irresponsabilité.

C'est ainsi que le malade de l'observation XXX fut considéré comme un paralytique général et entra de ce chef directement à l'asile sans autre forme de procès. Il est souvent impossible, dans des cas semblables, de faire le diagnostic de méningite tuberculeuse. D'ailleurs ce diagnostic devient inutile au point de vue médico-légal puisque le délit reconnaît une cause morbide qui l'explique et en atténue ou en supprime pour l'auteur les conséquences juri-

ment pneumococcique. Cette observation, pour n'être pas une observation de méningite tuberculeuse, n'en est pas moins intéressante à signaler ici.

diques, sans qu'il importe de connaître exactement la nature de cette cause.

La véritable difficulté du diagnostic médico-légal se rencontre dans les cas où l'acte délictueux fait partie de la période prodromique de la méningite tuberculeuse. Aucune cause morbide ne paraît alors pouvoir expliquer cet acte. Le coupable semble avoir l'intelligence intacte et le jugement sain. Cependant on peut être frappé par le caractère inexplicable et bizarre du délit commis par un individu considéré jusqu'alors comme étant de vie et de mœurs irréprochables. Ceci peut mettre sur la voie de la vérité : la constatation de certains changements de caractère, la coexistence de lésions tuberculeuses du poumon, l'instabilité mentale du sujet, la connaissance de ses antécédents héréditaires et personnels, peuvent faire soupçonner que l'on se trouve en présence d'une des premières manifestations de la méningite tuberculeuse. La recherche méthodique des signes de cette maladie s'impose dans les jours suivants : la céphalalgie, la température, une certaine raideur de la nuque, des troubles pupillaires, quelques vomissements, certaines parésies peuvent, à l'état plus ou moins isolé, paraître sans importance et passer inaperçus parce qu'on ne songe pas au lien qui existe entre la présence de ces symptômes et le délit. Il semble que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation au cobaye pourraient rendre alors au point de vue médico-légal de grands services en montrant le tra-

vail de réaction des méninges et son retentissement sur les fonctions psychiques de l'écorce cérébrale. Peut-être pourrait-on soustraire ainsi quelquefois aux rigueurs de la loi de prétendus criminels qui ont avant tout besoin de soins, et dont une étroite surveillance médicale suffirait à prévenir les récidives.

Ainsi donc, s'il est souvent difficile de dépister la méningite tuberculeuse chez des délinquants ou des criminels, il n'en est pas moins vrai qu'elle entre quelquefois dans le déterminisme de certains délits ou crimes et il faut admettre avec M. LANDON « qu'elle contribue, dans une faible mesure il est vrai, à agrandir le champ de l'irresponsabilité » (1).

Si l'on continue, en effet, en pratique juridique à admettre la réalité de la volonté pour régir les actions humaines, on ne saurait invoquer cette influence lorsque l'acte est manifestement déterminé par des causes pathologiques et qu'il est « l'expression d'un désordre morbide des fonctions cérébrales » (2). Aussi les délits ou les crimes liés à l'existence d'une méningite tuberculeuse doivent-ils être compris parmi ceux que vise l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

1. LANDON. *Et. médico-légale des méningites*. Th., Paris, 1903.

2. VIBERT. *Précis de médecine légale*, 6^e édition, p. 652.

CONCLUSIONS

1° Il existe des méningites tuberculeuses dans la symptomatologie desquelles les troubles psychiques tiennent la place la plus importante.

2° Ces troubles psychiques peuvent coexister avec les symptômes somatiques habituels de la maladie, ou les précéder d'un temps plus ou moins long. Mais parfois ils constituent à eux seuls tout le tableau clinique.

3° Les phénomènes mentaux observés au cours de la méningite tuberculeuse présentent une très grande variété, et leurs divers groupements leur permettent parfois de simuler certaines formes d'aliénation mentale. Mais il n'existe pas un syndrome mental caractéristique des lésions tuberculeuses des méninges.

4° Les lésions observées dans les cas qui nous occupent sont des lésions banales. Mais parmi elles les altérations d'ordre toxique des cellules corticales tiennent le premier rang.

5° Les tares héréditaires, les infections et les intoxications antérieures du sujet, ainsi que les maladies cérébrales et les traumatismes craniens, jouent un rôle très important dans l'étiologie des troubles psychiques dont il est ici question.

6° Ces phénomènes sont dus à l'intoxication des cellules corticales par les toxines tuberculeuses ou autres, sécrétées soit au niveau des lésions méningées, soit dans d'autres organes. Ils ne paraissent se produire que chez des individus dont l'écorce cérébrale était primitivement en état de moindre résistance.

7° Le diagnostic clinique est le plus souvent très difficile ou impossible. Aussi, pour acquérir une certitude, faut-il avoir recours aux procédés de laboratoire : examen cytologique du liquide céphalo-rachidien et inoculations au cobaye.

8° Le pronostic est d'une exceptionnelle gravité. Le traitement doit s'efforcer de débarrasser les cellules corticales des toxines qui les empoisonnent.

9° Au point de vue médico-légal la méningite tuberculeuse à formes mentales peut donner lieu à des délits ou crimes. Mais le prévenu doit être considéré comme irresponsable.

Vu : le président de la thèse,

BRISSAUD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Des méningites microbiennes. *Thèse, Lyon, 1889.*
- ANGLADE. — La tuberculose des centres nerveux. *Soc. de Méd. de Toulouse, 1901.*
- Deux aspects histologiques d'épendymite ventriculaire tuberculeuse. *Revue Neurologique, 1902.*
 - Sur une forme clinique et anatomo-pathologique de méningo-encéphalite tuberculeuse. *Soc. de Neurologie, 1903.*
- ANGLADE et CHOCREAUX. — Topographie et signification de la lymphocytose dans la m. tub. et la paralysie générale. *Soc. de Neurologie, juillet 1901.*
- La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. *Mémoire présenté à l'Acad. de Méd., 17 mars 1903.*
- ARCHAMBAULT. — Article « Méningite tuberculeuse » in *Dict. Dechambre.*
- ARMAND DELILLE. — Réaction des méninges à certains poisons du bacille tuberculeux humain. *Arch. de Méd. exp., mai 1902.*
- Du mode de réaction sur les méninges des poisons locaux du bacille tuberculeux. *Soc. de Biologie, juillet 1902.*
 - Toxicité intra-cérébrale pour le cobaye tub. du liquide

- céphalo-rachidien dans la men. tub. *Soc. de Biologie*, juillet 1902.
- Note des poisons du bacille de Koch dans la m. tub. et la tub. des centres nerveux. *Th., Paris*, 1903.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales, 1880.
- BALL et RITTI. — Art. « Délire ». *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*.
- BALLET (G.). — Traité de pathologie mentale.
- BERNHEIM. — Troubles psychiques d'origine tuberculeuse. *Indépendance médicale*, 1899.
- BIAUTE. — Cont. à l'état mental dans la phthisie pulm. *Th., Paris*, 1879.
- LA BONNARDIÈRE. — Rapports de l'aliénation mentale et de la tub. *Th., Lyon*, 1898.
- BONDOUT. — Formes anormales de la m. tub. *Th. Montpellier*, 1887.
- BOUR. — Tub. et paralysie générale. *Th. Paris*, 1903-1904.
- BOURNEVILLE et PILLIET. — Imbécillité et hémiplegie droite symptomatiques de m. tub. *Recherches cliniques et therap. sur l'épilepsie*. Paris, 1887.
- BRASSEUR. — Revue générale de la tuberculose et spécialement de la méningite tuberculeuse. *Presse méd. belge*, 1893.
- BRETON. — Etude clinique sur la mal. tub. de l'adulte. Type anormal choréiforme. *Th., Lille*, 1897.
- CARRIER. — *Th., Lyon*, 1904.
- CAVASSE. — La m. tub. et le méningisme. *Revue de la tub.*, 1896.

CHANTEMESSE. — Etude sur la m. tub. de l'adulte ; les formes anormales en particulier. *Th., Paris, 1884.*

CHARDON-FLEURET. — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales. *Th., Lille, 1889.*

CHARTIER. — De la phthisie latente dans ses rapports avec les psychoses. *Th., Paris, 1899.*

CHARRIN. — Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose. *Soc. méd. des hôp., janvier 1896.*

CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Th., Bordeaux, 1890.*

CLAISE (P.) et ABRAMI. — Un cas de m. tub. terminé par guérison. *Soc. méd. des hôp., mai 1905.*

DAREMBERG. — *Arch. de méd., 1883.*

DEMANGE (Ch.). — Méningites et pseudo-méningites de l'enfance. Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. *Th., Paris, 1902.*

DUFOUR et BRELET. — Confusion mentale primitive avec réaction méningée. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des hôp., février 1905.*

DUFOUR et DIDE. — Tuberculose. Tuberculine et encéphalopathies délirantes. *Soc. de Neurologie, 1899.*

DUFOUR et RABAUD. — *Bull. de la Soc. anatomique, 1899.*

DUPRÉ. — Art. « Méningites » in *Manuel de Médecine de Debove et Achard, t. III.*

— Psychopathies organiques, in *Traité de Pathologie mentale de Gilbert-Ballet.*

— Art. « Méningisme », in *Traité des m. de l'enfance, t. IV.*

DUPRÉ, HAUSER et SÉBILLAU. — Méningo-myélite suraiguë.
Soc. de Neurologie, 1903.

ETTLINGER. — Lésions des méninges rachidiennes dans la m.
tub. *Soc. de Biologie*, 1896.

FAURE. — *Th.*, Paris, 1899.

FAURE et LAIGNEL-LAVASTINE. — A propos des lésions des m.
cérébrales suraiguës. *Arch. gén. de Méd.*, 15 mars
1904.

FLECHSIG. — Etudes sur le cerveau. *Trad. L. Lévi*, 1898.

FOVILLE. — Art. « Délire », in *Nouveau Dict. de Méd. et de
Chirurgie pratiques*.

GARCIE. — Tuberculose et système nerveux. *Th.*, Toulouse,
1900.

— *Annales médico-psychologiques*, 1901.

GUINON. — Art. « Méningite tuberculeuse », in *Traité de Méd.
de Bouchard-Brissaud*, t. IX.

GIGNIER. — M. tub. à forme délirante systématisée chez
un enfant. *Bul. de la Soc. médico-chirurgicale de la
Drôme et de l'Ardèche*, novembre 1905.

HAHN. — Des complications nerveuses dans la phtisie. *Th.*,
Paris, 1874.

L'HOTE. — Des rémissions prolongées dans la m. tub. de
l'adulte. *Th.*, Lille, 1904.

HUTINEL. — Art. « Méningites » in *Traité de Méd. et Thérap.
de Brouardel-Gilbert*, t. IX.

JACCOUD. — Cliniques médicales de la Pitié. *Passim*.

— Formes cliniques de la m. tub. de l'adulte. *Journal
de Méd. interne*, 1900.

JACCOUD et LABADIE-LAGRAVE. — Art. « Méningite », in *Dict.
de Méd.*, Jaccoud.

- JUVIGNY. — Cont. à l'étude de la m. tub. du nouveau-né et de l'adulte. *Th., Paris*, 1886.
- KARA-ENEFF. — Influence de la tub. pulm. sur l'aliénation mentale. *Th., Montpellier*, 1899.
- KLIPPEL. — Méningite cérébro-spinale tuberculeuse. *Bull. de la Soc., anatomique*, 1887.
- *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 1893.
- Les paralysies générales progressives. *Paris*, 1900.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies nerveuses. *Soc. méd. des hôp.*, 1901.
- Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux. *Revue de Méd.*, mars 1906.
- LANDEL. — Cont. à l'étude clinique de la m. tub. de l'adulte. *Th., Paris*, 1896.
- LANDON. — Et. médico-légale des méningites. *Th., Paris*, 1902-1903.
- LESAGE et ABRAMI. — La m. tub. à forme somnolente de la première enfance. *Soc. méd. des hôp.*, 1^{er} février 1906.
- LERAITRE. — La mort subite dans les m. tub. dites primitives. *Th., Paris*, 1898-1899.
- LETULLE. — Etude sur la psychologie du phtisique. *Arch. de méd.*, 1901.
- LUTIER. — Diagnostic des méningites. Nouveaux procédés d'investigation. *Th., Paris*, 1902-1903.
- LYONNEL-MÉLOIR. — Et. sur la forme épileptique de la m. tub. de l'adulte. *Th., Paris*, 1888.
- MARCHAND. — Des méningites à évolution insidieuse comme

- cause d'aliénation mentale. *Gaz. des hôp.*, 6 avril 1905.
- MARFAN. — Art « Méningite » in *Traité des maladies de l'enfance*.
- MARTIN. — Méningite tub. expérimentale. *Soc. de Biologie*, 5 mars 1898.
- MARTIN et VANDREMER. — Pathogénie de la m. tub. *Soc. de Biologie*, novembre 1898.
- MASBRENIER. — Sur un cas de m. tub. avec délire. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898.
- MAUDSLEY. — La pathologie de l'esprit, trad. Germont, 1883.
- MONNIER. — M. tub. à forme torpide. *Th.*, Paris, 1898-1899.
- MOSNY. — *Soc. méd. des hôp.*, 3 février 1905.
- MORSELLI (Arturo). — La tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies mentales. *Th.*, Gênes, 1903.
- OPHULS. — Ueber Ependym Veränderungen bei tuberculöser meningitis. *Wirchow's Arch.*, 1897.
- PÉRIGNAT. — La forme délirante de la m. tub. chez l'enfant. *Th.*, Lyon, 1905.
- PERON. — Recherches sur la tub. des méninges. *Arch. de Méd.* 1898.
- PERRET. — Echolalie dans la m. tub. *Lyon médical*, 1891.
- POCHON. — Méningisme et méningites. *Th.*, Paris, 1896-1897.
- RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Les folies et les maladies aiguës. *Gaz. heb. de méd.*, 1893.
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité des maladies de l'enfance, t. III.
- ROUGÉ. — Fébricitants délirants pris pour des aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1903.

- SANTENOISE. — Pathogénie des troubles psychiques ; intoxication dans les maladies mentales. *Nancy*, 1896.
- SARDA. — Sur les formes anormales de la m. tub. de l'adulte. *Montpellier médical*, 1888.
- SERGIU. — La m. tub. des adultes. *Th., Paris*, 1866.
- SICARD. — M. tub. expérimentale. *Presse médicale*, 1900.
- SICARD. — Le liquide céphalo-rachidien. *Paris*, 1902.
- SORNAS. — Méningite tub. à forme de delirium tremens. *Th., Paris*, 1887.
- SOURY. — Art. « Cerveau », *Dict. physiologique de Richet*.
- THOMAS. — Altérations du cortex dans les m. aiguës. *Th., Lyon*, 1902.
- TOULOUSE. — Prédilection et causes occasionnelles de maladies mentales. *Gaz. des hôp.*, 1895.
- TOULOUSE. — Les causes de la folie. *Paris*, 1896.
- VALLON. — Des délires transitoires au point de vue médico-légal. *Revue neurologique*, 1898.
- VARIOT. — Le diag. de la m. tub. et la ponction lombaire. *Presse médicale*, 10 juin 1903.
- VAYSSE. — Cont. à l'étude de la méningo-myélite tub. *Th., Bordeaux*, 1897.
- VIGOUROUX. — M. tub. à forme mélancolique. *An. médico-psychologiques*, juin 1901.
- WEILL et PEHU. — De la m. tub. à forme délirante chez l'enfant. *Lyon Médical*, novembre 1905.
- KARL V. WIEG. — Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. *Neurologisches Centralblatt*, 16 avril 1904.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Etude clinique.....	13
I. — Premier groupe. — Observations dans les- quelles les signes somatiques et les phénomènes mentaux ont coexisté mais dans lesquelles ceux-ci ont pris une valeur prépondérante ou une allure insolite.....	16
II. — Deuxième groupe. — Observations dans les- quelles la méningite tuberculeuse ne s'est d'a- bord manifestée que par des troubles psychi- ques et s'est terminée rapidement dès l'apparition des signes somatiques.....	66
III. — Troisième groupe. — Observations dans les- quelles les troubles mentaux ont constitué à eux seuls toute la symptomatologie de la ménin- gite tuberculeuse.....	121
IV. — Etudes de quelques symptômes en particu- lier.....	141
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	151
CHAPITRE III. — Etiologie et pathogénie.....	157
CHAPITRE IV. — Diagnostic.....	167

CHAPITRE V. — Pronostic et traitement.....	173
CHAPITRE VI. — Considérations médico-légales.....	177
CONCLUSIONS.....	185
BIBLIOGRAPHIE.....	187